

**Соглашение о неразглашении персональных данных субъекта  
(занимающегося или родителя (законного представителя))**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество )

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (кем, когда)

понимаю, что получаю доступ к персональным данным занимающихся и их родителей (законных представителей) муниципального бюджетного учреждения «Спортивная школа олимпийского резерва по спортивной борьбе».

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей мне приходится заниматься сбором, обработкой, распространением и хранением персональных данных работников учреждения.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб субъектам персональных данных, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство: при работе (сбор, обработка, распространение и хранение) с персональными данными соблюдать все описанные в «Положении об обработке и защите персональных данных работников, занимающихся и их родителей (официальных представителей) муниципального бюджетного учреждения «Спортивная школа олимпийского резерва по спортивной борьбе» требования.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения:

- данные свидетельства о рождении;
- данные медицинской карты;
- адрес проживания занимающихся и их родителей (законных представителей)
- прочие сведения.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных или их утраты, я несу ответственность в соответствии со ст.90 Трудового кодекса Российской Федерации.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)