

Содержит персональные данные

Регистрационный номер _____

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России,
профессору В.А. Лазаренко

от

Фамилия Имя Отчество Дата рождения Место рождения	Гражданство: Документ, удостоверяющий личность, ПАСПОРТ Серия _____ № _____ Когда и кем выдан:
---	--

Проживающего (ей) по адресу (прописка):

телефон (дом., моб.):

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по направлениям подготовки (специальностям) и формам обучения **высшего образования**, в соответствии с моим выбором:

№	Специальность/форма обучения	В рамках КЦП	На договорной основе
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Наличие целевого направления да нет

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по направлениям подготовки и формам обучения **среднего профессионального образования**, в соответствии с моим выбором в следующем порядке:

№	Направление подготовки/форма обучения	В рамках КЦП	На договорной основе
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Порядок приоритетного поступления по направлениям подготовки подтверждаю _____

(подпись поступающего)

Прошу засчитать в качестве вступительных испытаний результаты ЕГЭ по следующим предметам:

Наименование предмета	балл	Год сдачи	ЕГЭ	Олимпиада

Прошу учесть следующие индивидуальные достижения _____

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям по следующим общеобразовательным предметам: _____

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний _____

Результаты освоения образовательной программы основного общего или среднего общего образования:
средний балл аттестата _____; Оценка аттестата по _____ балла (ов); по _____ балла (ов); по русскому языку _____ балла (ов).

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в 20__ году общеобразовательное учреждение ;

Образовательное учреждение начального профессионального образования

Образовательное учреждение среднего профессионального образования

Другое _____.

Находящиеся (населенный пункт) _____

Аттестат о полном (общем) среднем образовании (серия, номер, кем и когда выдан) _____

Победитель (призер) всероссийских олимпиад (член сборной) _____

Трудовой стаж (если есть): _____ лет, _____ мес.

Иностранный язык: английский, немецкий, французский, испанский, другой: _____, не изучал(а).

При поступлении имею следующие особые права _____

Документ, подтверждающий особые права _____

Общежитие: нуждаюсь / не нуждаюсь

Высшее (среднее профессиональное) образование получаю

впервые ☐, не впервые ☐ _____

(подпись поступающего)

Способ возврата оригиналов документов _____

(подпись поступающего)

« _____ » _____ 2018 г.

С Уставом, копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации КГМУ и приложений к ним, образовательными программами, Правилами приема и условиями обучения в университете, Правилами внутреннего распорядка обучающихся, правилами подачи апелляций ознакомлен(а):	(подпись поступающего)
Подтверждая, что подал(а) заявление в не более чем пять вузов	(подпись поступающего)
С информацией о предоставлении особых прав и преимуществ ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
С датами завершения приема заявлений о согласии на зачисление ознакомлен(а):	(подпись поступающего)
Предупрежден(а), что в случае предоставления не полных сведений и (или) сведения не соответствуют действительности, КГМУ возвращает документы поступающему	(подпись поступающего)
Поставлен(а) в известность, что полученные данные будут предоставляться в ФИС и приема в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 755 от 31.08.2013 г. Согласен на обработку данных.	(подпись поступающего)

Подпись поступающего _____

Подпись ответственного лица приемной комиссии _____

Заполняется при подаче документов на факультеты: клиническая психология, биотехнология, экономика, социальная работа, на все специальности среднего профессионального образования.

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России
профессору В.А. Лазаренко
абитуриента(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

тел. _____

уведомление.

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

подтверждаю, что на момент подачи документов в приемную комиссию ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России был уведомлен о необходимости представления медицинской справки с указанием группы здоровья **до 18 августа текущего года** и о том, что по причине несоблюдения указанного требования не буду допущен к образовательному процессу.

С учетом вышеизложенного, обязуюсь представить медицинскую справку в приемную комиссию ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России до «18» августа 2018г.

Дата _____

Подпись _____ / _____ /
(Ф.И.О. абитуриента(ки))

Заполняется при подаче документов на факультеты высшего образования: лечебное дело, педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация.

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России
профессору В.А. Лазаренко
абитуриента(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

тел. _____

уведомление.

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

подтверждаю, что на момент подачи документов в приемную комиссию ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России был уведомлен о необходимости представления заключения по результатам медицинского осмотра по перечню, установленному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 года №302н, **до 26 июля текущего года.**

С учетом вышеизложенного, обязуюсь представить заключение по результатам медицинского осмотра в приемную комиссию ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России до «26» июля 2018 г.

Дата _____

Подпись _____/
(Ф.И.О. абитуриента(ки))

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России
профессору В.А. Лазаренко
абитуриента(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

тел. _____

заявление.

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

прошу приобщить к документам моего личного дела копию паспорта для использования в образовательном процессе данных, содержащихся в ней, а также ее дальнейшего хранения в личном деле.

Дата _____

Подпись _____ / _____ /
(Ф.И.О. абитуриента(ки))

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России
профессору В.А. Лазаренко
абитуриента(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

тел. _____

уведомление.

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

ознакомлен(а) с Уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации КГМУ и приложениями к ним, Правилами приема и условиями обучения в университете, Правилами внутреннего распорядка обучающихся, правилами подачи апелляций.

Дата _____

Подпись _____/_____/

(Ф.И.О. абитуриента(ки))

Согласие на обработку персональных данных абитуриента

Согласие на обработку персональных данных		
Я, _____	_____	_____
(фамилия)	(имя)	(отчество)
(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу: _____		
(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах; личное фото		
и даю согласие на их обработку на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)		
включающую сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение		
своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,		
расположенному по адресу: Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3		
с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации		
на срок: 1 год с момента подписания данного согласия.		
Порядок отзыва согласия указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.		
Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».		
Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.		
Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.		
« _____ » _____ 20 _____ г.	_____	_____
	(личная подпись)	(инициалы, фамилия)
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
« _____ » _____ 20 _____ г.	_____	_____
	(должность)	(личная подпись) (инициалы, фамилия)

Согласие на обработку персональных данных родителя

Согласие на обработку персональных данных		
Я, _____	_____	_____
(фамилия)	(имя)	(отчество)
(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу: _____		
(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе: фамилия, имя, отчество; данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; место работы; контактные номера телефонов		
и даю согласие на их обработку на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)		
включающую сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение		
своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,		
расположенному по адресу: Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3		
с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации		
на срок: 1 год с момента подписания данного согласия.		
Порядок отзыва согласия указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.		
Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».		
Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.		
Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.		
« ____ » _____ 20 ____ г.	_____	_____
	(личная подпись)	(инициалы, фамилия)
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
« ____ » _____ 20 ____ г.	_____	_____
	(должность)	(личная подпись)
		(инициалы, фамилия)