

## Содержит персональные данные

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

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

от

Фамилия	Гражданство:
Имя	Документ, удостоверяющий личность,
Отчество	ПАСПОРТ
Дата рождения	Серия _____ № _____
Место рождения	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)

**Представленные 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)

Представленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

« \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

(должность)

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)