

**Содержит персональные данные**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_  
(присваивается приемной комиссией)

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 и формам обучения **высшего образования (программа магистратуры)**, в соответствии с моим выбором:

№	направление подготовки (очная форма обучения)	На договорной основе (внебюджет)
1		
2		

Наличие договора о целевом обучении:            да            нет  
(нужное подчеркнуть)

Прошу учесть следующие индивидуальные достижения \_

---

---

---

---

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям, проводимым университетом самостоятельно по

---

---

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (для инвалидов) \_\_\_\_\_

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил(а) в 20\_\_\_\_\_ году

Образовательное учреждение высшего образования

Другое \_\_\_\_\_.

Находящиеся (населенный пункт) \_\_\_\_\_

Реквизиты документа об образовании (название, серия, номер, кем и когда выдан)

---

Иностранный язык: английский / немецкий / французский / испанский / другой (указать):  
\_\_\_\_\_ / не изучал(а).

Общежитие: нуждаюсь / не нуждаюсь

Высшее образование данного уровня получаю  
впервые / не впервые \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Способ возврата оригиналов документов (лично / по почте / другое \_\_\_\_\_)  
(подпись поступающего)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ 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)
С информацией о предоставлении 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 ГИА и приема в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 755 от 31.08.2013 г. Согласен на обработку персональных данных.	(подпись поступающего)

Заявление принял(а) (подпись ответственного лица приемной комиссии) \_\_\_\_\_

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 результатов медицинского осмотра **до 20 августа текущего года** и о том, что по причине несоблюдения указанного требования могу быть не допущен к образовательному процессу.

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**

<b>Я,</b> _____		
(фамилия)	(имя)	(отчество)
(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
<b>зарегистрированный по адресу:</b> _____		
(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)

Далее заполняется ответственным лицом приемной комиссии.

**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)

**Далее заполняется ответственным лицом приемной комиссии.**

**Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(должность) (личная подпись) (инициалы, фамилия)