

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 СНИЛС	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, Правами и обязанностями обучающихся, 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) _____

« _____ » _____ 20__ г.

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 начала учебного 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, Правами и обязанностями обучающихся, 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 (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 распространение 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 для распространения в составе:

все, нижеуказанные, либо:

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 передачу (распространение):

на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации)

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 на распространение персональных данных

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 для распространения являются полными, актуальными и достоверными.

Я обязуюсь своевременно извещать об изменении своих персональных данных, предоставленных для распространения.

« _____ » _____ 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 при заключении договора об образовании на внебюджетной основе

Согласие на обработку персональных данных		
Я,		
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	
зарегистрированный по адресу: _____		
<i>(адрес)</i>		
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 (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. Ознакомьтесь 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.	<i>(личная подпись)</i>	<i>(инициалы, фамилия)</i>
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
« _____ » _____ 20 _____ г.	<i>(должность)</i>	<i>(личная подпись)</i>
<i>(инициалы, фамилия)</i>		
Согласие на распространение персональных данных		
Я,		
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	
зарегистрированный по адресу: _____		
<i>(адрес)</i>		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе: <input type="checkbox"/> все, нижеуказанные, либо: <input type="checkbox"/> фамилия, имя, отчество; <input type="checkbox"/> данные, содержащиеся в удостоверении личности; <input type="checkbox"/> адрес регистрации и фактического проживания; <input type="checkbox"/> место работы; <input type="checkbox"/> контактные номера телефонов и даю согласие на их передачу (распространение): на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение 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 на распространение персональных данных указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомьтесь 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.	<i>(личная подпись)</i>	<i>(инициалы, фамилия)</i>
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
« _____ » _____ 20 _____ г.	<i>(должность)</i>	<i>(личная подпись)</i>
<i>(инициалы, фамилия)</i>		