

Содержит персональные данные

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

Регистрационный номер _____
(присваивается приемной комиссией)

от

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

Проживающего (ей) по адресу (прописка):

телефон (дом., моб.):

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по специальностям **высшего образования (программа магистратуры)**, по договорам об оказании платных образовательных услуг в соответствии с моим выбором в следующем приоритетном порядке:

№	Специальность/ направление подготовки (очная форма обучения)	Приоритет
1		
2		

Наличие заявки на заключение договора о целевом обучении: да нет
(нужное подчеркнуть) (подпись поступающего)

Порядок приоритетного поступления по направлениям подготовки подтверждаю _____
(подпись поступающего)

Прошу учесть следующие индивидуальные достижения _____

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям, проводимым университетом самостоятельно по следующим предметам:

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

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в 20__ году _____
(указать образовательную организацию)

Находящиеся (населенный пункт) _____
Реквизиты документа об образовании (название, серия, номер, кем и когда выдан)

Победитель (призер) всероссийских олимпиад (член сборной): являюсь / не являюсь

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

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 информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
с правилами приема, утвержденными организацией самостоятельно, а также с документами и информацией, указанными в части 2 статьи 55 Федерального закона N 273-ФЗ ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
с датами завершения приема оригиналов документов об образовании ознакомлен	(подпись поступающего)
с правилами подачи апелляций по результатам вступительных испытаний, проводимых Университетом самостоятельно, ознакомлен	(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 прохождения
медицинского осмотра.

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))

**Согласие
на обработку персональных данных абитуриента**

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: _____

(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; СНИЛС

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)

исключающую

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 абитуриента**

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: _____

(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; СНИЛС

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 в случае заключения договора об обучении на внебюджетной основе

**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 (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. _____ (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;
- данные, содержащиеся в удостоверении личности;
- адрес регистрации и фактического проживания;
- место работы;
- 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. _____ (личная подпись) _____ (инициалы, фамилия)

Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность

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