

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 следующим специальностям **среднего профессионального образования**, в соответствии с моим выбором

№	Специальность (форма обучения очная)	В рамках КЦП (бюджет)	На договорной основе (внебюджет)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в 20__ году (подчеркнуть)

Общеобразовательное учреждение

Образовательное учреждение начального профессионального образования

Образовательное учреждение среднего профессионального образования

Образовательное учреждение высшего образования

Другое _____.

Находящееся (населенный пункт, район, область) _____

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

Иностранный язык: английский / немецкий / французский / испанский / другой (указать):

_____ / не изучал(а).

Заявляю, что отношусь / не отношусь (подчеркнуть)

к лицам, которым предоставлено право преимущественного или первоочередного приема (вычеркнуть ненужное) в соответствии с частью 4 статьи 68 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации".

Документ, подтверждающий право первоочередного или преимущественного зачисления _____

Заявляю, что имею / не имею (*подчеркнуть*)

преимущественное право зачисления в соответствии с пп. 1-13 части 7 статьи 71 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»

Документ, подтверждающий преимущественное право зачисления _____

Прошу учесть следующие индивидуальные достижения _____

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

Результаты освоения образовательной программы основного общего или среднего общего образования:

Средний балл аттестата _____;

Оценка аттестата по химии _____ балла (ов); по биологии _____ балла (ов); по русскому языку _____ балла (ов).

Общежитие: нуждаюсь / не нуждаюсь

Среднее профессиональное образование 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 уставом образовательной организации, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
с датами завершения приема оригиналов документов об образовании ознакомлен(а)	(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
предварительного 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 родителя в случае заключения договора об обучении на внебюджетной основе

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____	(фамилия)	(имя)	(отчество)
_____	<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. 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. _____ <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, _____	(фамилия)	(имя)	(отчество)
_____	<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. 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. _____ <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 обработку персональных данных абитуриента**

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; 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)

включаящую

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, _____ (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; 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)