**ФГБОУ ВО «КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ**

**УНИВЕРСИТЕТ»**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАКУЛЬТЕТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Заявление

на обучение по дополнительной профессиональной программе

повышения квалификации (профессиональной переподготовки)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_\_\_ч.)

Дата начала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место работы и занимаемая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Какой вуз окончил (с указанием государства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Факультет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Год окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Диплом: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Интернатура (ординатура) по специальности (год окончания, государство)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Профпереподготовка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Специальность в данное время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласно номенклатуры специальностей)

9.Стаж по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Сертификат по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Предыдущее повышение квалификации по данной специальности (где, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Паспорт: серия № \_\_\_\_\_\_Выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15.Контактный тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. E-mail (печ.букв.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17.Форма обучения: бюджет/договорная /договорная ФОМС( ненужное зачеркнуть)

Личная подпись слушателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **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 семейном и социальном положении; сведения о наличии особых прав, в том числе о социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты; номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; 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**а также включение в общедоступные источники персональных данных**фамилии, имени, отчества; сведений о наградах и личных достижениях; контактных номеров телефонов, адреса(ов) электронной почты **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** |
| осуществления прав и обязанностей федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и обучающегося в соответствии с лицензией на право осуществления образовательной деятельности и законодательством об образовании**на срок:** до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении. |
| **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». |
| Сведения о субъекте персональных данных могут быть в любое время исключены из общедоступных источников персональных данных по требованию субъекта персональных данных либо по решению суда или иных уполномоченных государственных органов. |
| **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)* |