Директору ГБОУДПОРО «ЦПК»

Димитровой Л.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (ФИО полностью, в родительном падеже)

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

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

 (должность и место работы обучающегося (слушателя)

 тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(все поля – обязательные для заполнения)*

### Заявление

 Прошу зачислить меня с 14.05.2020г. по 28.05.2020г. на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «COVID-19: особенности оказания доврачебной медицинской помощи в неотложной и экстренной форме»

(наименование образовательной программы)

в объеме 36 часов, форма обучения: очная, очно-заочная, очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий. (нужное подчеркнуть)

«14» мая 2020 года

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

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

*Я ознакомлен(на) с:*

* *лицензией на право ведения образовательной деятельности серия 61Л01 №0000174, рег № 2923 от 17.10.2012г. (выдана Региональной службой по надзору и контролю в сфере образования Ростовской области, г.Ростов-на-Дону ул Темерницкая, 44, тел. 8(863)2822205);*
* *Уставом Центра;*
* *Правилами внутреннего распорядка для обучающихся (слушателей)*
* *условиями обучения;*
* *размером и порядком оплаты образовательных услуг;*
* *содержанием образовательной программы;*
* *формой документа, выдаваемого по окончании обучения.*

 «14» мая 2020 года

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

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

**СОГЛАСИЕ ПОСТУПАЮЩЕГО, ОБУЧАЮЩЕГОСЯ (СЛУШАТЕЛЯ)**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

*(в соответствии с ФЗ №152-ФЗ «О персональных данных»)*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(дата выдачи и наименование органа, выдавшего паспорт)*

даю согласие на обработку своих персональных данных в связи с прохождение процедуры поступления и последующего обучения в Государственном бюджетном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования Ростовской области «Центр повышения квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (далее – Центр).

Целью обработки персональных данных является обеспечение образовательных и социальных отношений между поступающим (обучающимся) и Центром, а также иными органами государственной власти и органами местного самоуправления, обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата и место выдачи) или его заменяющего; образование, квалификация, реквизиты документов об образовании и квалификации, документов об обучении, дата их выдачи с указанием органа и/или организации, выдавших документ, или заменяющих документов; сведения о наличии квалификационной категории и ученой степени; адрес регистрации и почтовый адрес; номера телефонов (мобильный, домашний, рабочий), адрес электронной почты; место жительства, место и адрес работы, должность; наименование программы обучения, форма обучения, приказы, связанные с учебной деятельностью; сведения об успеваемости, в том числе об оценке знаний, умений и навыков, о подготовленных промежуточных и итоговых работах, включая непосредственно такие работы, о результатах итоговой аттестации; реквизиты документа, полученного по результатам обучения в Центре; иные сведения, связанные с организацией процесса обучения в Центре; сведения о заключенном и оплаченном договоре, а также иные данные, предоставляемые Центру в ходе или в связи с исполнением Договора об оказании образовательных услуг по дополнительному профессиональному образованию и указанные в нем, либо обусловленные им.

Я даю согласие на проведение Центром мероприятий по обеспечению действия системы безопасности, в том числе пропускного режима и контроля его соблюдения, включая оформление разового или временного пропуска, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Центра; проведение фото и видеосъемки в период реализации программы обучения и осуществления уставной деятельности Центра.

Под обработкой персональных данных подразумевается следующий перечень действий с персональными данными: ввод, изменение, удаление и архивация персональных данных, а также их передача соответствующим органам государственной власти и местного самоуправления по запросам в пределах их компетенции в соответствии с законодательством РФ.

Моё согласие на обработку персональных данных действует со дня подписания и истекает спустя 5 (пять) лет с момента окончания обучения (прекращения оказания образовательных услуг, прекращения образовательных отношений), за исключением случаев обработки таких данных в целях статистического, бухгалтерского учета и отчетности. Согласие на обработку персональных данных в целях статистического, бухгалтерского учета и отчетности истекает не ранее, чем через 75 (семьдесят пять) лет после окончания оказания (прекращения оказания) услуг по реализации дополнительной профессиональной программы.

Я уведомлен, что согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных на основании личного заявления.

 «14» мая 2020 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*