

Директору федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Мирошниченко А.Г.

**Иванов Иван Иванович**

фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) в именительном падеже

Паспорт гражданина Российской Федерации

1234

567890

01.01.2025

документ, удостоверяющий личность и гражданство

серия

номер

дата выдачи

ГУ МВД России по г. Москве

700-001

кем выдан

код подразделения

012-345-678 90

01.01.2000

мужской

8 987 654 32 10

страховой номер индивидуального лицевого счета

дата рождения

пол

контактный телефон

г. Москва, ул. Лосиноостровская, д. 2, стр. 1, кв. 1234

ivanov.ii@ivan.ru

адрес места жительства

адрес электронной почты

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**Прошу принять меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации**

**Сестринское дело в хирургии**

наименование дополнительной профессиональной программы повышения квалификации

144

очная

бюджетная

01.02.2025

01.03.2025

трудоемкость (часов)

форма обучения

основа обучения

дата начала обучения

дата окончания обучения

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Среднее профессиональное

уровень образования

Сестринское дело

Специальность/направление подготовки

Диплом о среднем профессиональном образовании

документ об образовании и квалификации (документ об обучении в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)

АА

012345

01.07.2022

серия

номер

дата выдачи

Иванов Иван Иванович

фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) в именительном падеже, указанные в документе об образовании и квалификации (об обучении)

ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России

наименование организации-работодателя (наименование образовательной организации в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)

Медицинский брат

должность (не указывается в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)

✓ С Уставом ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой, правилами приема на обучение по дополнительным профессиональным программам, правилами внутреннего распорядка обучающихся, правилами оказания платных образовательных услуг, а также с информацией о реализации образовательных программ или их частей с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий и о необходимости указания достоверных сведений и предоставления подлинных документов, **ознакомлен(а)** (в том числе через информационные системы общего пользования).

✓ В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю свое согласие** ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации **обработку моих персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение): фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, возраст, гражданство, паспортные данные, адрес места жительства, сведения о страховом номере индивидуального лицевого счёта (СНИЛС), номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании и квалификации, сведения о трудовой деятельности, данные по выданным ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России документам об образовании и (или) квалификации, сведения из договора об образовании и (или) об оказании платных образовательных услуг, иных договоров, заключенных с ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России (при наличии таких договоров), персональные данные, которые будут предоставляться мной в процессе обучения, необходимость обработки которых предусмотрена действующим законодательством Российской Федерации, локальными нормативными актами ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, иные сведения, относящиеся к персональным данным, с учетом ограничений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

дата

✓

подпись