|  |  |
| --- | --- |
|  | 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. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | |
| *фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) в именительном падеже* | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  |  |
| *документ, удостоверяющий личность и гражданство* | | |  | | *серия* | |  | | *номер* |  | *дата выдачи* |
|  | | | | | | | | | |  |  |
| *кем выдан* | | | | | | | | | |  | *код подразделения* |
|  |  |  | |  | |  |  | |  | | |
| *страховой номер индивидуального лицевого счета* |  | *дата рождения* | |  | | *пол* |  | | *контактный телефон* | | |
|  | | | | | | | |  |  | | |
| *адрес места жительства* | | | | | | | |  | *адрес электронной почты* | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
| *наименование дополнительной профессиональной программы повышения квалификации* | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *трудоемкость (часов)* |  | *форма обучения* |  | *основа обучения* |  | *дата начала обучения* |  | *дата окончания обучения* |

***О себе сообщаю следующие сведения:***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | | | |
| *уровень образования* |  | *Специальность/направление подготовки* | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *документ об образовании и квалификации (документ об обучении в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)* |  | *серия* |  | *номер* |  | *дата выдачи* |
|  | | | | | | |
| *фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) в именительном падеже, указанные в документе об образовании и квалификации (об обучении)* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *наименование организации-работодателя (наименование образовательной организации в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)* | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *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, относящихся к персональным данным, с учетом ограничений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ✓ |
| *дата* |  | *подпись* |