

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, относящиеся к персональным данным, с учетом ограничений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

дата

✓
подпись