И.о. ректора

ФГБОУ ВО КемГМУ

Минздрава России

Кану С. Л.

от заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(укажите фамилию, имя, отчество полностью)

Заявление

Прошу допустить меня к обучению на цикле повышения квалификации «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в объёме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов на кафедре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2025г. на бюджетной основе.

Даю свое согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, уничтожение следующих персональных данных: ФИО, адрес регистрации, серия и номер документа, удостоверяющего личность, номер СНИЛС, номер телефона, электронный адрес, данные (серия, номер диплома, наименование оконченного ВУЗа) документа об образовании, сведения о месте работы (наименование образовательного учреждения, его адрес, занимаемая должность). В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С «Положением о порядке организации и проведения циклов повышения квалификации (общего усовершенствования, тематического усовершенствования) и профессиональной переподготовки», лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, ознакомлен(а).

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)