**Заявка заполняется на вашем фирменном бланке**

Директору

ЧУ ДПО «Учебный центр «Специалист»

О. А. Абрамовой

**Заявка**

Просим провести обучение следующих сотрудников по программе «Безопасные методы и приемы выполнения работ на высоте»

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО | Дата рождения | Должность | Сведения о предварительном (периодическом) медицинском осмотре(**дата, наименование медицинского учреждения**) | Требуемый вид допуска(группа) | Гражданство  | СНИЛС |
| 1 |  |  |  | Медосмотр пройден, 2020 г. |  |  |  |
| 2 |  |  |  | Медосмотр пройден, 2020 г. |  |  |  |

**Подтверждаем, что:**

1. Сотрудники, обучаемые по программе с присвоением 1 группы по безопасности работ на высоте или без присвоения группы соответствуют возрасту старше 18 лет.
2. Сотрудники, обучаемые по программе с присвоением 2 группы по безопасности работ на высоте соответствуют возрасту старше 18 лет и имеют опыт работы на высоте более 1 года
3. Сотрудники, обучаемые по программе с присвоением 3группы по безопасности работ на высоте соответствуют возрасту старше 21 года и имеют опыт работы на высоте или организации проведения технико-технологических или организационных мероприятий при работах на высоте более 2-х лет.

С Уставом ЧУДПО «Учебный центр «Специалист», лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой, и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлены.

 **Сведения об организации:**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование организации(сокращенное) |  |
| ИНН, КПП,ОКПО |  |
| Юридический адрес(с индексом) |  |
| Название банка,р/сч, кор/сч, БИК |  |
| Руководитель организации(ФИО - полностью, должность), действующий на основании (устава, доверенности) |  |
| Телефон, факс |  |

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись руководителя) (расшифровка подписи)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| М.П.Контактное лицо |  |  |  |
|  | Фамилия И.О. |  | Должность |
| Телефон |  | E-mail |  |

Приложение№1

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных учебным центром

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

 (фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Частным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования «Учебный центр «Специалист»» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: ***фамилию, имя, отчество; контактный номер телефона(рабочий, сотовый,); сведения о работодателе ( полное наименование организации).***

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие действует бессрочно, срок хранения моих персональных данных не ограничен.

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Расшифровка подписи