# Директору ЧУДПО «Учебный центр

# «Специалист» Абрамовой О.А.

398005, г.Липецк, пр-кт Мира, пом.5

тел./факс (4742) 43-11-14, 43-01-15

e-mail: uc.2017@yandex.ru

Заявление о приеме на обучение.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , | |
| прошу зачислить меня слушателем по программе профессиональной подготовки «МАТРОС-СПАСАТЕЛЬ» (72 часа.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| О себе сообщаю следующее: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | Дата рождения | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Место рождения | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | Паспорт серия | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | № | | | | |  | | | | | | | | выдан | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (кем и когда выдан) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.СНИЛС | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Адрес регистрации | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | Сведения об образовании | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Уровень образования (общее среднее, начальное профессиональное, среднее специальное, высшее) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование учреждения выдавшего документ об образовании | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| серия | | | | |  | | | | | | | | | | | | | № документа | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| регистрационный номер | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | дата выдачи | | |  | | | | | | | |
| квалификация | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| специальность (с указанием кода) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Телефоны | | | | | | | | | | | | | домашний | | | | |  | | | | | | | | | | | | ,сотовый | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | рабочий | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | E-mail: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен (а): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| « |  | | | | | | | » | | |  | | | | | | | | 20 | | | | |  | | | | г. | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | (подпись) | | | | | | | | |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

(фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Частным учреждением дополнительного профессионального образования «Учебный центр «Специалист» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих:

фамилию, имя, отчество;

пол;

дату рождения;

контактный номер телефона;

сведения об образовании (номера и даты выдачи документов о высшем, среднем профессиональном и ином образовании, наименование специальностей, учебных заведений, образовательных программ и т.п.)

серию и номер паспорта.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) 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 (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

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 будет осуществляться 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.

|  |
| --- |
| Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |