

Директору ГБПОУ «ПБМК» Е. А. Колесовой

от _____

_____ (фамилия, имя, отчество)

место работы/место учебы _____

СНИЛС _____

Контактные телефоны:

Домашний _____

Мобильный _____

Заявление.

Прошу Вас зачислить меня на цикл программы дополнительного образования (профессиональная переподготовка, повышение квалификации) по специальности

_____ указать наименование цикла, срок обучения, форма обучения (очная, очно-заочная, с элементами дистанционных технологий)

О себе дополнительно сообщаю: _____

Адрес электронной почты: _____

« ____ » ____ 20 ____ г.
(дата подачи заявления)

_____ / _____ /
(подпись)

_____ / _____ /
(расшифровка подписи)

2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Государственному Бюджетному Профессиональному Образовательному Учреждению «Пермский базовый медицинский колледж», расположенного по адресу 614000, г. Пермь, ул. Баумана, 24, на обработку моих персональных данных (ФИО; год, месяц, дата и место рождения, а также иных данных, содержащихся в моем удостоверении личности; данных о моем месте жительства, мой почтовый адрес и телефон; данных о настоящем и предыдущих местах работ; сведений об образовании, наличии специальных знаний или подготовки; данных о моей специальности и должности; данные медицинского характера, в случаях, предусмотренных законодательством) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

С «Положением о порядке обработки и защите персональных данных» ознакомлен/а.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата подачи заявления) (подпись) (расшифровка подписи)

3. Даю свое согласие на обработку моих биометрических данных.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____ /
(дата подачи заявления) (подпись) (расшифровка подписи)

4. С Уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, правилами приема, условиями обучения в данном образовательном учреждении, с «Перечнем медицинских противопоказаний к приему поступающих в средние специальные учебные заведения», правилами подачи апелляции ознакомлен(а): _____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____