Методисту отдела дополнительных образовательных и медицинских услуг  
БПОУ ОО «Медицинский колледж»

Ю.О. Богомоловой

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Прошу Вас зачислить меня в БПОУ ОО «Медицинский колледж» в группу слушателей подготовительных курсов «Развитие мануальных навыков» для абитуриентов, поступающих на специальность «Стоматология ортопедическая» в 2023 г. сроком обучения 1 неделя (20 часов).

2. О себе сообщаю следующие персональные данные.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАМИЛИЯ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ИМЯ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОТЧЕСТВО: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ДАТА РОЖДЕНИЯ: |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ПАСПОРТ: | серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Когда и кем выдан: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес регистрации: |  |  |  |  |  |  | (индекс) |
|  |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный телефон |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Эл. Почта (обязательно) |  |

Я ознакомлен (а) с:

1 Лицензией колледжа на право осуществления образовательной деятельности

2. Свидетельством о государственной аккредитации

3. Уставом колледжа

4. Правилами внутреннего распорядка колледжа

5. Положением об обработке и защите персональных данных

6. Учебный планом и программой

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** бюджетному профессиональному образовательному учреждению Омской области «Медицинский колледж», расположенного по адресу 644073 г. Омск, ул. Дианова, д. 29, на обработку моих персональных данных (*ФИО; год, месяц, дата рождения, моем адрес регистрации, телефон, место работы, сведения об образовании, общий стаж; должности;)* с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях организации и проведения программы ДПО.

После окончания обучения разрешаю хранить мои персональные данные на бумажных и электронных носителях в течение 5 лет с последующим их обезличиванием

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

« » 2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи