И. о. директора ГАПОУ ТО
«Ишимский медицинский колледж»
А.В. Иванковой

от_____
ФИО специалиста
_____

место работы _____
_____

занимаемая должность_____
_____

контактные телефоны:
домашний _____
мобильный _____

Заявление

1. Прошу Вас зачислить меня на обучение по программе дополнительного профессионального образования (профессиональной переподготовки, повышения квалификации), профессионального обучения (*нужное подчеркнуть*)

«Скорая и неотложная помощь»

(*наименование программы, срок обучения, форма обучения - очная, очно-заочная)*

2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных» № 152-ФЗ РФ, подтверждаю согласие на обработку моих персональных данных в целях ведения документооборота, выдачи документов об окончании обучения, выполнении договорных обязательств Государственному автономному профессиональному образовательному учреждению Тюменской области «Ишимский медицинский колледж» (сокращенное - ГАПОУ ТО «Ишимский медицинский колледж»), ул. Ленина,56, г. Ишим, (далее - Оператор) и его структурным подразделениям в соответствии с действующим законодательством.

1. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилия, Имя, Отчество; возраст и год рождения; паспортные данные; адрес регистрации и место временного проживания во время учебы; контактный телефон; данные об образовании и повышении квалификации; данные о месте работы и занимаемой должности.

2. Перечень действий с персональными данными: смешанная обработка - сбор, ввод, систематизация, накопление, хранение, изменение, удаление, уничтожение, использование, передача по внутренней сети юридического лица, без передачи по сети Интернет.

3. Срок действия согласия на обработку персональных данных слушателя: на период обучения в ГАПОУ ТО «Ишимский медицинский колледж» и в течение 5 лет после окончания. Хранение персональных данных, зафиксированных на бумажном носителе осуществляется согласно Федеральному закону №125-ФЗ «Об архивном деле в Российской Федерации» и иным нормативно – правовым актам в области архивного дела и архивного хранения.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я ознакомлен(а) с Уставом ГАПОУ ТО «Ишимский медицинский колледж», лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной программой, с Положением о порядке оказания образовательных услуг по дополнительным профессиональным программам специалистов со средним медицинским образованием, с Правилами приёма специалистов на обучение по программам дополнительного профессионального образования, с Положением о сертификационном экзамене на получение сертификата специалиста на отделении дополнительного профессионального образования и профессиональной переподготовки, с Положением об итоговой аттестации при реализации дополнительных профессиональных программ, с условиями приёма на обучение по договорам об оказании платных образовательных услуг.

«06» апреля 2020 г. Подпись_____

И. о. директора ГАПОУ ТО
«Ишимский медицинский колледж»
А.В. Иванковой

от_____
ФИО специалиста
_____

место работы _____
_____
_____

занимаемая должность_____
_____

контактные телефоны:

домашний _____

мобильный _____

Заявление

Прошу допустить к сдаче экзамена по программе профессиональной переподготовки

Скорая и неотложная помощь

наименование программы

Выражаю согласие на обработку моих персональных данных, содержащихся в заявлении и прилагаемых к нему документах, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о персональных данных.

«06» апреля 2020 г. Подпись_____