

Директору БОУ ОО СПО  
«Орловский базовый медицинский  
колледж» В.В. Орлову

\_\_\_\_\_  
(ФИО)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(кем)  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
конт. тел. \_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу зачислить меня на ОПК на

\_\_\_\_\_

*(указать вид дополнительного профессионального образования)*

по специальности \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ »

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

расшифровка подписи

С Уставом, лицензией, свидетельством о государственной аккредитации, Положением об отделении повышения квалификации, Положением об условиях, порядке проведения квалификационного экзамена и выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам со средним образованием, Положением о защите, хранении, обработке и передаче персональных данных работников, студентов и слушателей колледжа ознакомлен (а) и обязуюсь соблюдать.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись

расшифровка подписи

## Согласие лица на обработку персональных данных (Слушатель)

Я, \_\_\_\_\_,  
адрес места жительства по паспорту: \_\_\_\_\_

основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(орган, выдавший документ, дата выдачи)

в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» свободно и сознательно, своей волей и в своем интересе выражаю БОУ ОО СПО «Орловский базовый медицинский колледж» (оператору), расположенному по адресу 302030, Россия, Орловская область, г. Орёл, ул. Советская, д. 14 (г. Орёл, Полесская, д. 24, г. Орёл, ул. Ломоносова, д. 3), согласие на обработку персональных данных – совершение любого действия (операции) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными (на электронных и бумажных носителях), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу – внутреннюю и внешнюю (распространение, предоставление, доступ - неограниченному кругу лиц), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных:

- фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, гражданство, адрес регистрации, адрес по фактическому месту жительства, паспортные данные (серия и номер паспорта, когда и кем выдан, сведения о браке, разводе, смене ФИО), биометрические данные (фотография),

- место работы и занимаемая должность, контактный телефон, сведения о трудовой деятельности, в том числе стаже, согласно данным трудовой книжки и сведениям работодателя;

- сведения об образовании – данные о прибытии в образовательное учреждение и выбытии из него, серия, номер диплома, кем и когда выдан, специальность, специализация, форма получения образования, форма и вид обучения, включая дополнительное профессиональное образование, сроках и видах обучения, тематике циклов обучения, договорах об оказании платных образовательных услуг, сведения из протоколов и экзаменационных ведомостей экзаменационной квалификационной подкомиссии, сведения об успеваемости и посещаемости.

Согласие на обработку моих персональных данных даётся в целях реализации моего права на получение дополнительного профессионального образования, в статистических и исследовательских целях, в целях соблюдения прав работодателей, в целях соблюдения законности и правопорядка в РФ.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует на период обучения Слушателя в БОУ ОО СПО «Орловский базовый медицинский колледж», а также в течение пяти лет с даты отчисления из БОУ ОО СПО «Орловский базовый медицинский колледж», а в случаях, установленных федеральными законами – в течение 75 лет с даты отчисления из БОУ ОО СПО «Орловский базовый медицинский колледж»

Обязуюсь предоставить информацию об изменении персональных данных в течение пяти дней со дня получения документов об этих изменениях.

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с документами образовательного учреждения, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления Оператору письменного отзыва. Согласен, что Оператор обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

г. Орёл, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
расшифровка подписи