|  |
| --- |
| И.о.проректора по развитию регионального здравоохранения и ДПО |
| Дьячковой М.Г. |
| *От*  |
|  |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации/ профессиональной переподготовки (**нужное подчеркнуть**)

|  |  |
| --- | --- |
| Название программы |  |
|  |
| Сроки проведения обучения |  |
| Дата рождения: |  |
| Гражданство  |  |
| Паспортные данные: | серия |   |   |   |   | номер |   |   |   |   |   |   |
| Дата выдачи |   |  |  |  |  |  |  |  |
| Кем выдан  |  |   |
|  |  |  |
|  |  |
| Сведения о высшем (среднем профессиональном) образовании: окончил (а) в |  | году |
|  |
| (специальность/квалификация) |
| Сведения об интернатуре, ординатуре  | (при наличии): |
| окончил(а) интернатуру в |  | году по специальности |  |
| окончил(а) ординатуру в |  | году по специальности |  |
|  |
| Место работы (название организации, область, город): |  |
|  |
| Занимаемая должность: |  |
| **СНИЛС** (указать номер обязательно) |  |
| Адрес прописки: |  |
| **Индекс**,  |  |
| Адрес |
| Контактный телефон |  |
| **Персональный адрес электронной почты** |  | (разборчиво или печатными буквами) |
| Подтверждаю наличие свободного доступа к компьютеру и возможность выхода в Интернет |
| При обучении с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения проинформирован(а) о необходимости посещения системы дистанционного обучения, расположенной по адресу |
| в Интернет <https://dpo.nsmu.ru/>  |
| Согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России (далее – Университет) персональных данных (Ф.И.О., дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, сведения об образовании, обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, номера личных телефонов, контактная информация, информация об образовании, информация о трудовой деятельности, и размещение их в базах данных Университета для обработки персональных данных обучающихся.Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, а конфиденциальность персональных данных соблюдается операторами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.Мне разъяснено, что в Университете ведется открытое видеонаблюдение с целью обеспечения моей безопасности, безопасности учебного процесса, поддержания дисциплины и порядка, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случаях их возникновения.Выражаю своё согласие на проведение фото- и видеосъёмки с моим участием в рамках образовательного процесса в ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России. Соглашаюсь на использование полученных материалов (фото- и видеоматериалов), включая их обработку и размещение, исключительно в целях: документирования учебного процесса, подготовки информационно-методических материалов, публикации на официальных информационных ресурсах Университета (включая сайт и социальные сети) для освещения образовательной и научной деятельности. Настоящее согласие действует в течение периода обучения и хранения личного дела. Я информирован(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 дата подпись И.О.Фамилия

В случае заполнения заявления неразборчивым почерком ответственность за возможные ошибки в написании ФИО в выдаваемом университетом документе, а также в направлении данных для доступа в систему дистанционного обучения возлагается на слушателя.

**При наличии перерыва более пяти лет в трудовом стаже по специальности, указанной в сертификате специалиста/свидетельстве об аккредитации, для получения допуска к медицинской деятельности необходимо обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки.**