|  |
| --- |
| 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.**