Ректору ЧУ ДПО Институт непрерывного

 профессионального образования в сфере здравоохранения

Файзуллину Т.Ф.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

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

Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес, индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать обязательно)

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать обязательно)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня слушателем курса «Подготовка и обучение к аккредитации медицинского персонала для допуска к профессии» с целью повышения квалификации) срок освоения \_\_\_\_\_\_\_ часа с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2020\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_ 2020 г.

Несу полную ответственность за достоверность предоставляемых о себе сведений

С Уставом ЧУ ДПО «Институт непрерывного профессионального образования в сфере здравоохранения», лицензией на право осуществления образовательной деятельности. Порядком приема, зачисления и отчисления слушателей на программы дополнительного образования в ЧУ ДПО ИНПОСЗ, Правилами внутреннего распорядка образовательного процесса, дополнительной образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С правами и обязанностями обучающихся, установленными локальными нормативными актами ЧУ ДПО ИНПОСЗ ознакомлен(а).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выражаю свое согласие ЧУ ДПО Институт непрерывного профессионального образования в сфере здравоохранения, расположенного по адресу: 450076, РБ, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 39 на обработку моих персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество**; должность; место работы; сведения об образовании; специальность; электронный адрес;** контактный телефон и другую информацию, указанную в заявлениях и документах, предоставляемых мной ЧУ ДПО ИНПОСЗ.

Предоставляю ЧУ ДПО ИНПОСЗ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, систематизацию, **накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, уничтожение моих персональных данных.**

**Данное согласие действительно с момента предоставления документов Оператору, на срок прохождения обучения и после моего окончания обучения на срок архивного хранения документов, установленный действующими нормативными правовыми актами. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия ЧУ ДПО ИНПОСЗ решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные.**

**Согласие может быть полностью (или частично) отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.**

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)