Директору МК УрГУПС

И.Ю. Лучинину

|  |  |
| --- | --- |
| Гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(гражданство)Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Полных лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Документ, удостоверяющий личностьСерия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем,когдаСНИЛС |

Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заверенные ОК МО копии об образовании)(среднее профессиональное, высшее профессиональное) (указать название учебного заведения, год окончания)

МЕСТО РАБОТЫ:

Предприятие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название, телефон)

(должность, стаж в занимаемой должности)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на обучение по программам дополнительного профессионального образования

 Прошу зачислить меня слушателем ОДО МК УрГУПС по профессиональной образовательной программе повышения квалификации/ переподготовки:

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

 ( наименование учебного курса)

срок обучения: с « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г по « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г,

 количество часов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по форме обучения (очная, очно-заочная, индивидуальная)

 (нужное подчеркнуть)

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Контактный телефон и адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заполняется печатными буквами в именительном падеже)

1. Дата рождения « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Полных лет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Паспорт: выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата выдачи: « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Какое учебное заведение окончил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Специальность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Год окончания: \_\_\_\_\_\_\_ г. Диплом: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Стаж: общий медицинский \_\_\_\_\_\_, пробел в стаже работы по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

1. Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 раб.тел.

Домашний адрес (с указанием п/индекса): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Тема квалификационной работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Ознакомлен (а) с лицензией на правоведения образовательной деятельности и свидетельством о государственной аккредитации, приложениями к ним по выбранной специальности по направлению подготовки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| Уставом и Правилами внутреннего распорядка МК УрГУПС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |
| В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Медицинскому колледжу ФГБОУ ВО «УрГУПС», расположенного по адресу 620027 г. Екатеринбург, ул.Бр.Быковых,34А, на обработку моих персональных данных (ФИО; год, месяц, дата и место рождения, а также иных данных, содержащихся в моем удостоверении личности; данных о моем месте жительстве, мой почтовый адрес и телефон; данных о настоящем и предыдущих местах работ; сведений об образовании, наличии специальных знаний или подготовки; данных о моей специальности и должности; данные медицинского характера, в случаях, предусмотренных законодательством) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях организации и проведения цикла повышения квалификации.С «Положением о порядке обработки и защите персональных данных работников и слушателей колледжа», с лицензией на ведение образовательной деятельности, дополнительной профессиональной образовательной программой **ознакомлен (а)**Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. Подпись слушателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

С правилами охраны труда и пожарной безопасности ознакомлен

С правилами обучения в колледже ознакомлен

Подпись сотрудника ОДО МК, принявшего заявление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_