

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.**