Ректору

ФГАОУ ВО Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

Заявление

|  |
| --- |
| Прошу зачислить меня на обучение по программе дополнительного профессионального |
| образования (повышение квалификации/профессиональная переподготовка):  |
| « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ »на кафедре**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**продолжительностью часов |
| период обучения с « » 20 г. по « » 20 г. |

**О себе сообщаю следующие данные**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия**  |  |
| **Имя**  |  |
| **Отчество** |  |
| **Дата рождения**(формат00.00.0000) |  |
| **Документ удостоверяющий личность (**указать**)** |  |
| серия |  |
| номер |  |
| кем выдан |  |
| дата выдачи |  |
| код подразделения |  |
| **Гражданство** |  |
| **Наименование ВУЗа (по диплому, полностью)** |  |
| год окончания |  |
| **Документ об основном образовании (с отличием или без)** |  |
| серия |  |
| номер |  |
| дата выдачи |  |
| **Специальность по диплому** |  |
| **Интернатура / ординатура**  (нужное подчеркнуть) |
| специальность |  |
| дата выдачи |  |
| **Профессиональная переподготовка** (если имеется) |
| специальность |  |
| дата выдачи |  |
| **Адрес регистрации по паспорту** |  |
| **Контактный телефон** (формат 8(000) 000-00-00) |  |
| **Электронная почта (E-Mail)** |  |
| **СНИЛС** |  |
| **Место работы** (наименование организации полностью) |  |
| **ИНН организации указывается ОБЯЗАТЕЛЬНО!** |  |
| **Должность** |  |
| **Стаж работы по специальности** |
| специальность |  |
| стаж |  |

**Согласие на обработку персональных данных**

|  |
| --- |
| *Я,* |
| *паспорт серия:* | *номер:* | *код подразделения:* |
| *кем выдан:* |
| *дата выдачи:* |
| *проживающий по адресу:* |

согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (далее – Университет) персональных данных (Ф.И.О., пол, дата рождения, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты СНИЛС, сведения об образовании, квалификации и их уровень, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, адрес регистрации, номера личных телефонов, контактная информация, информация о трудовой деятельности в следующих целях: обеспечение исполнения действующих нормативных правовых актов, регулирующих порядок приема на обучение, обучение по образовательным программам, реализуемым Университетом, а также принимаемых и вступающих в силу в течение всего срока обработки персональных данных нормативных правовых актов, решений, поручений и запросов органов государственной власти и лиц, действующих по поручению или от имени таких органов; реализация Образовательной программы, в том числе осуществления практической подготовки, проведения итоговой аттестации, выдача документов об образовании и о квалификации; предоставления Субъекту персональных данных необходимой для освоения образовательной программы и дополнительной инфраструктуры, включая аккаунты систем электронного и дистанционного образования, в том числе систем дистанционного образования, предусматривающих передачу персональных данных третьим лицам, представляющим образовательные платформы и сервисы; размещение в открытом или закрытом доступе на официальном сайте Университета сведений о выполненных Субъектом персональных данных курсовых, итоговых (выпускных квалификационных, научно-квалификационных) работ и непосредственно работы, иных достижениях Субъекта персональных данных в период обучения; заключения договоров на обучение и содействия в оформлении документов, связанных с оплатой обучения, в том числе в безналичной форме; обеспечения действующего в Университете уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществление видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Университета, а также в иных организациях в соответствии с договорами с таковыми организациями; идентификация личности Субъекта персональных данных; продвижение товаров, работ, услуг Университета на рынке; осуществление уставной деятельности Университета; аккумуляция сведений о лицах, взаимодействующих с Университетом и последующего архивного хранения таких сведений и в информационных системах Университета, в частности, в системе управления учебным процессом; формирование единого сообщества обучающихся и выпускников для повышения интереса в обучении и междисциплинарной интеграции; воинский, миграционный, статистический учет и иная отчетность, осуществляемая Университетом; аккумуляции сведений о лицах, взаимодействующих с Университетом, и последующего архивного хранения таких сведений в информационных системах Университета

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.

Настоящее согласие действует в течение периода обучения и хранения личного дела, согласно номенклатуре дел, утвержденной в Университете. Я информирован(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время.

Я ознакомлен(а) со следующими документами:

1. Лицензией на осуществление образовательной деятельности (с Приложением к лицензии);

2. Учебным планом.

Все вышеуказанные документы размещены на официальном сайте ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: <https://sechenov.ru/>

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

 *дат*а *подпись И.О.Фамилия*

Служебные отметки:

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

*Фамилия И.О. сотрудника Института*

*профессионального образования подпись дата*