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): | | | |
| « »  продолжительностью часов | | | |
| период обучения | с 00.00.2022 | по 00.00.2022 |  |

**О себе сообщаю следующие данные**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** |  |
| **Дата рождения** (формат00.00.0000) |  |
| **Документ удостоверяющий личность (**указать**)** |  |
| серия |  |
| номер |  |
| кем выдан |  |
| когда выдан |  |
| 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** | |
| специальность |  |
| дата выдачи |  |
| **Профессиональная переподготовка** (если имеется) | |
| специальность |  |
| дата выдачи |  |
| **Адрес регистрации** |  |
| **Контактный телефон**  (формат 80000000) |  |
| **Электронная почта (E-Mail)** |  |
| **СНИЛС** |  |
| **Место работы** (наименование организации полностью) |  |
| **ИНН организации ОБЯЗАТЕЛЬНО!** |  |
| **Должность** |  |
| **Стаж работы по специальности** | |
| специальность |  |
| стаж |  |

Согласие на обработку персональных данных

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Я,* | | |
| *паспорт серия* | *номер* | *код подразделения* |
| *кем и когда выдан* | | |
| *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., дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, сведения об образовании, обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, адрес по прописке, 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.

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.

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*