Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору АНО ДПО «МЕДФАРМ»

профессору Е.Ф. Шараховой

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Фамилия, имя, отчество специалиста полностью*

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

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

Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактный телефон(ы):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес проживания (для переписки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Почтовый индекс*

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

Электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**З а я в л е н и е**

Прошу зачислить меня на цикл повышения квалификации (профессиональной переподготовки) по дополнительной профессиональной программе по специальности (тематическому усовершенствованию) : "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"

(наименование цикла)

продолжительностью \_\_\_\_\_\_\_ часов по очно-заочной форме с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий с последующим допуском к квалификационному экзамену по указанной специальности.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю добровольное письменное согласие АНО ДПО "МЕДФАРМ":

1. На обработку моих следующих персональных данных: сведения, содержащиеся в удостоверении личности; информация об образовании, квалификации или наличии специальных знаний или подготовки; иные документы, содержащие сведения, необходимые для определения и исполнения трудовых отношений,

а также: содержание личного дела; информации об успеваемости и посещаемости; для предоставления персональных данных для работодателей.

2. На смешанную обработку (неавтоматизированную и автоматизированную) моих персональных данных по внутренней сети АНО ДПО «МЕДФАРМ» и сети общего пользования Интернет.

АНО ДПО «МЕДФАРМ» имеет право осуществлять следующие действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение устаревших персональных данных.

Согласие действует до даты его отзыва путем направления письменного сообщения в АНО ДПО «МЕДФАРМ», но не дольше, чем этого требуют цели обработки указанных персональных данных.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положением Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Положением АНО ДПО «МЕДФАРМ» «О персональных данных».

Права и обязанности в области защиты персональных данных, в том числе право отзыва данного согласия, мне разъяснены.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*подпись дата заполнения*