

И. о. ректора ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава
России Н. В. Ларёвой

(фамилия, имя, отчество (при наличии) слушателя)

Место регистрации: _____

Место проживания: _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на подготовительные курсы по предмету(ам)
_____ класс _____ с «__» _____ 202__ г. по «__»
_____ 202__ г.

Форма обучения очная/дистанционная (*нужное подчеркнуть*).

Согласен(на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном
Федеральным законом Федеральный закон от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О
персональных данных».

«__» _____ 202__ г.

_____ / _____ /
подпись

расшифровка

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

проживающий(ая) по адресу: _____

даю свое согласие на обработку своих персональных данных федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, ИНН 7536010483, место нахождения: 672000, Забайкальский край, г. Чита, ул. Горького, д. 39а), с целью формирования базы данных слушателей подготовительных курсов, а именно: получение персональных данных, хранение персональных данных на электронном и бумажном носителях, передача персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

К персональным данным, используемым в вышеназванных целях относятся:

- паспортные данные;
- данные страхового Свидетельства государственного пенсионного страхования, ИНН;
- данные иных документов, которые с учетом специфики обучения и в соответствии с законодательством Российской Федерации должны быть предъявлены при заключении договора на оказание образовательных услуг или в период его действия;
- фотография;
- анкетные данные, предоставленные при заключении договора на обучение с ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России или в процессе обучения (в том числе - сведения о месте работы, регистрационном учете по месту жительства, сведения о семейном положении, перемене фамилии, наличии детей и иждивенцев и др.)
- сведения о социальном положении, в том числе сведения (документы), подтверждающие право на льготы;
- иные сведения, которые необходимы ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России для корректного документального оформления правоотношений.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении предоставленных персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с предоставленными персональными данными в строгом соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Доступ субъекта к персональным данным осуществляется в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

«__» _____ 202__ г.

_____ / _____
подпись

_____ / _____
расшифровка