|  |  |
| --- | --- |
| **Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Директору Санкт - Петербургского**  **государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения**  **«Медицинский колледж № 1»** |

**ОТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фамилия:** | **Паспорт:** № | |
| **Имя:** | **выдан:** | |
| **Отчество:** | *(когда)* | |
| **Дата рождения:** | *(кем)* | |
| **Место рождения:** |  | |
|  |  | |
| **Гражданство:** |  | |
| **Зарегистрированного (ой) по адресу (по паспорту):** | |  |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

*(индекс, полный адрес постоянной регистрации, район)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

*(индекс, полный адрес фактического проживания)*

**Телефон** (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(код)*

|  |  |
| --- | --- |
| фотография | **ЗАЯВЛЕНИЕ** |

Прошу зачислить меня на специальность

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

*(наименование специальности)*

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

🞎 ***по очной форме обучения***

🞎 ***очно - заочной форме обучения***

🞎 ***на места, финансируемые из средств бюджета Санкт-Петербурга***

🞎 ***на места по договорам об оказании платных образовательных услуг***

**О себе сообщаю следующее:** Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(наименование учебного заведения)*

**Образование:** 🞎 основное общее (9 кл.), 🞎 среднее общее (11 кл.), 🞎 НПО, 🞎 СПО

🞎 **Аттестат /** 🞎 **диплом**  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_

**Имею отношение к следующей категории лиц:**

🞎 дети – сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;

🞎 лица с ограниченными возможностями здоровья (инвалиды);

🞎 член многодетной семьи;

🞎 ни к какой из данных категорий не отношусь.

Нуждаюсь в создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья: да □, нет □

**Иностранный язык: 🞎 английский, 🞎 немецкий, 🞎 французский, 🞎 другой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**О себе дополнительно сообщаю:**

**Сведения о родителях:**

**Отец** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество полностью)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *место работы* |  | *должность* |  | *рабочий / моб. телефон* |

**Мать** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество полностью)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *место работы* |  | *должность* |  | *рабочий / моб. телефон* |

**Среднее профессиональное образование получаю:**

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

*подпись абитуриента*

🞎 **впервые**

🞎 **не впервые**

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

*подпись абитуриента*

🞎**Нуждаюсь в предоставлении общежития**

🞎**Не нуждаюсь в предоставлении общежития**

Ознакомлен:

с Уставом Колледжа, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*подпись абитуриента*

с Лицензией на право осуществления

образовательной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*подпись абитуриента*

со Свидетельством о государственной

аккредитации и приложениями к ним

по выбранной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*подпись абитуриента*

правилами приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

*подпись абитуриента*

со сроком предоставления уведомлений

о намерении обучаться \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись абитуриента*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **20\_\_\_ г.**

Подпись абитуриента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

составившего заявление *расшифровка подписи*

|  |  |
| --- | --- |
| **Договор №**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20\_\_\_\_ г.** | **Зачислить** на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курс  По специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Директор  Приказ № \_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20\_\_\_ г.** |

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», и в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации своей волей и в своем интересе выражаю СПб ГБПОУ «Медицинский колледж № 1», зарегистрированному по адресу: 198188 Санкт – Петербург улица Зайцева, дом 28 лит. А. (далее – Оператор), согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку следующих моих персональных данных: *Фамилия, Имя, Отчество, дата и место рождения, пол, гражданство, место жительства, адрес регистрации, реквизиты документов, удостоверяющих личность, реквизиты полиса ОМС, сведения об образовании, сведения о месте работы, занимаемой должности, сведения о воинском учете, сведения о состоянии здоровья, сведения об успеваемости, сведения о родителях, о семейном положении и составе семьи, сведения о моих увлечениях, интересах, достижениях, наличиях наград, личная фотография, номер группы, контактные телефоны и электронная почта* с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Обработка моих персональных данных Оператором осуществляется в целях оказания образовательных услуг, оказания услуг временного проживания в студенческом общежитии, оказания медицинских услуг в здравпункте колледжа, в целях организации научно-исследовательской и инновационной деятельности, содействия и анализа дальнейшего моего трудоустройства, удовлетворения потребностей личности в интеллектуальном, культурном, нравственном и спортивном развитии, популяризации лучших студентов колледжа, внесших наибольший вклад в развитие колледжа и повышения эффективности учебного процесса, а так же обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, уничтожение, передачу персональных данных в сторонние организации (третьим лицам) при условии соблюдения их конфиденциальности.

Даю согласие считать общедоступными мои следующие персональные данные в любых сочетаниях между собой: Фамилия, Имя, Отчество, сведения об образовании, сведения об успеваемости, сведения о моих увлечениях, интересах, достижениях, наличиях наград, личная фотография, номер группы, контактные телефоны и электронная почта. Предоставляю Оператору право осуществлять с моими общедоступными персональными данными все вышеуказанные способы обработки, действия (операции), а также передачу неопределенному кругу лиц путем размещения в общедоступных источниках.

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует до истечения пяти лет после окончания срока обучения. Срок хранения моих персональных данных в архиве колледжа регламентируется законодательством об архивном деле в Российской Федерации (не более 75 лет).

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству РФ.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись /расшифровка подписи