ЧПОУ ИФК
ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ДПО

1. _____
Фамилия Имя Отчество (полностью)

2. Дата рождения_____

3. Паспортные данные: _____ № _____кем и когда был выдан _____
_____

4. Диплом учебного заведения _____
_____
Название учебного заведения с указанием города

5. Диплом серия _____№_____
6. Год поступления в учебное заведение __ _____ г.
Год окончания учебного заведения __ _____ г.
7. Специальность по диплому_____
8. Квалификационная категория _____
9. Квалификация по диплому _____
10. Сертификат (свидетельство об аккредитации) учебного заведения, дата выдачи _____
_____
11. Место основной работы _____
_____
Наименование организации, адрес, телефон

12. Занимаемая должность_____
13. Стаж по специальности _____
14. Адрес постоянного места жительства_____
_____
15. Контактные телефоны: _____
_____
16. Электронный адрес (обязательно) _____
17. СНИЛС_____
18. Оплата _____
Наименование организации/ физическое лицо

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации _____
по специальности _____ с с ___._____.202_года по ____._____.202_ года.

С организацией и формой обучения по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации ознакомлен(а).

Дата «____»_____ 202__г. Подпись _____(_____)

СОГЛАСИЕ

обучающегося Ивановского фармацевтического колледжа
на обработку своих персональных данных

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)
проживающий_____
(место прописки)
паспорт _____
(серия, номер, кем, когда выдан)
_____
даю согласие предоставить (и предоставлять в дальнейшем в случае изменения) для размещения в базе данных и дальнейшей обработки в Ивановском фармацевтическом колледже, расположенного по адресу: г. Иваново, пер. Березниковский, д. 4 свои достоверные и документированные персональные данные:

1. Фамилия, имя, отчество;

2. Дата и место рождения, гражданство;

3. Данные паспорта; СНИЛС

4. Личную фотографию

5. Сведения об образовании;

6. Адрес места жительства (регистрации и фактический), телефон;

7. Сведения о профессиональном образовании, повышении квалификации, ученой степени, ученого звания, квалификационной категории;

Я согласен(а), что мои персональные данные будут использованы **в целях,** связанных с моим обучением, учётом и оценкой объёма и качества обучения в Ивановском фармацевтическом колледже, на весь период обучения, а также на установленный период хранения в архиве документов, содержащих персональные данные обучающегося.

Я ознакомлен(а), что обработка персональных данных включает в себя: получение, использование, накопление, обновление, передачу, хранение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Я предупрежден(а), что имею бесплатный доступ к моим персональным данным и право на полную информацию об их содержании. Я заявляю, что использование и распространение информации, касающейся моей частной жизни, не должно осуществляться без моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённой в установленном порядке автоматизированной информационной системе колледжа.

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Данное согласие может быть отозвано полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известными фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Мне известно, что в случае отзыва настоящего согласия оператор вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, установленных действующим законодательством.

Настоящее согласие действительно в течение _____ лет с момента подписания.

«_____»_____202___ г. _____
(подпись, расшифровка подписи)