|  |  |
| --- | --- |
| исх . № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

**ЗАЯВКА**

 на обучение по оказанию первой помощи пострадавшим в АНОДПО УЦ «Профиль»

Форма обучения**:** очная, очно-заочная

|  |  |
| --- | --- |
| Название организации (полное и сокращенное) |  |
| ФИО (полностью) и должность руководителя организации |  |
| Наименование документа, на основании, которого осуществляет свою деятельность руководитель  |  |
| Юридический адрес организации(обязательно указывать индекс) |  |
| Почтовый адрес организации(обязательно указывать индекс) |  |
| Фактический адрес организации(обязательно указывать индекс) |  |
| Код города Телефон/факс |  |
| E-mail |  |
| ИНН/КПП |  |
| Банковские реквизиты: |  |
| - наименование банка |
|  - р/счет |  |
|  - БИК |  |
| - к/счет |  |
| ОКПО/ОГРН |  |
| Контактное лицо по организационным вопросам, должность (ФИО (полностью), раб., моб. тел., E-mail) |  |
| № | ФИО(полностью) | Дата рождения дд.мм.гг. | СНИЛС № | Должность, профессия(по штатному расписанию) |
| 1. |  | \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_ | № \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_ -\_ \_ |  |

**Руководитель организации**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

**Заявку на обучение и скан-копию заявления о приеме на обучение на каждого Обучающегося просим направить на e-mail:** **profil@irmail.ru**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Заместителю директораАНОДПО УЦ «Профиль»Царьковой О.Н.от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)Организация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о приеме в АНОДПО УЦ «Профиль» на обучение

Прошу принять меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. полностью)

|  |
| --- |
| Дата рождения: число\_\_\_\_\_\_\_ месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт: серия № ,  |
|

|  |
| --- |
| Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число) (месяц, год) (кем)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| Адрес регистрации по месту жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**на обучение по дополнительной общеобразовательной программе «Оказание первой помощи пострадавшим», 16 часов**

**Подписывая настоящее заявление подтверждаю:**

* факт ознакомления с Уставом, со свидетельством о государственной регистрации, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, программой(ами) обучения, правилами внутреннего распорядка обучающихся и другими локальными нормативными актами АНОДПО УЦ «Профиль», регламентируемыми частью 2 статьи 55 Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ;
* в соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования Учебный центр «Профиль» (далее – Оператор), юридический адрес: 665801, РФ, Иркутская область, г. Ангарск, квартал 252, стр. 21, на обработку в документальной и/или электронной форме следующих персональных данных, необходимых в целях организации и сопровождения учебного процесса, ведения учёта, контроля и отчётности в соответствии с законодательством Российской Федерации:

- фамилия, имя, отчество, прежние фамилия, имя, отчество (в случае изменения), а также дата, место и причина изменения;

- пол;

- год, месяц, число и место рождения;

- сведения о гражданстве, иные гражданства;

- наименование и реквизиты (серия, номер, наименование выдавшего органа, дата выдачи, регистрационный номер (при наличии)) документа, удостоверяющего личность;

- адрес места жительства (включая адрес регистрации, дату регистрации и адрес фактического проживания);

- номера телефонов (домашний, мобильный, рабочий);

- номер свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);

- адрес электронной почты;

- сведения об образовании, квалификации и о наличии специальных знаний или специальной подготовки (серия, номер, дата выдачи диплома, свидетельства, аттестата или другого документа об окончании образовательного учреждения, наименование и местоположение образовательного учреждения, дата начала и завершения обучения, факультет или отделение, квалификация и специальность по окончании образовательного учреждения, ученая степень, ученое звание, владение иностранными языками и другие сведения);

- сведения о повышении квалификации и переподготовке (серия, номер, дата выдачи документа о повышении квалификации или о переподготовке, наименование и местоположение образовательного учреждения, дата начала и завершения обучения, квалификация и специальность по окончании образовательного учреждения и другие сведения;

- биометрические персональные данные (фотографическое изображение).

Согласен на совершение Оператором следующих действий: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных автоматизированным способом обработки и без использования средств автоматизации, в течение всего срока обучения, а также срока хранения документов, содержащих мои персональные данные, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

Сведения об информационном ресурсе Оператора, посредством которого будет осуществляться предоставление доступа неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных:

|  |  |
| --- | --- |
| Информационный ресурс | Действия с персональными данными |
| Федеральная информационная система «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» | Заполнение обязательных полей в информационном ресурсе |

Я утверждаю, что ознакомлен с Положением об обработке и защите персональных данных Оператора.

Срок действия моего согласия на обработку персональных данных определяется в соответствии со сроком действия договора на оказание платных образовательных услуг с учётом требований нормативных правовых актов Российской Федерации.

Я проинформирован, что согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления предоставленного на адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под роспись представителю Оператора.

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (подпись) (расшифровка подписи)