

Директору ГАПОУ «БМСТ им. ак. Н.М. Амосова» В.Н. Пеховой

от _____
ФИО обучающегося

место работы _____

занимаемая должность _____

контактные телефоны: домашний _____

мобильный _____

Заявление

1. Прошу Вас зачислить меня на обучение по профессии

«Санитар/Санитарка МО»

С _____ по _____ 2020г

Очная форма обучения со стажировкой с элементами ДОТ

2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (в редакции ФЗ от 27.12.2009 №363-ФЗ «О внесении изменений в статьи 19 и 25 ФЗ «О персональных данных») **даю согласие** ГАПОУ «БМСТ им. ак. Н.М. Амосова» отделение повышения квалификации, расположенного по адресу г. **Брянск, ул. Калинина, д. 86**, на обработку моих персональных данных (ФИО; год, месяц, дата и место рождения, а также иных данных, содержащихся в моем удостоверении личности; данных о моем месте жительства, мой почтовый адрес и телефон; данных о настоящем и предыдущих местах работ; сведений об образовании, наличии специальных знаний или подготовки; данных о моей специальности и должности; данные медицинского характера, в случаях, предусмотренных законодательством) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, **в целях организации и проведения обучения**. Согласие вступает в силу со дня подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

3. С правилами приема на обучение ознакомлен(а). **Внимание!** Доводим до Вашего сведения, что в случае пропуска занятий более 10% часов учебного времени, предусмотренных на очной части повышения квалификации без уважительной причины, администрация имеет право отчислить Вас (слушатели на внебюджетной основе без возврата оплаты). Все пропущенные занятия отрабатываются после получения разрешения на отработку в отделении повышения квалификации.

12.03.20г.

Подпись _____

Карточка слушателя ОПК

1. Наименование цикла: **«Санитар/Санитарка МО»**

(наименование цикла)

2. Вид обучения: **обучение по профессии**

3. Форма обучения: **очная со стажировкой с элементами ДОТ**

4. Дата начала и окончания цикла: **С _____ по _____ 2020г**

5. Номер путевки: _____

6. Ф.И.О (полностью, в скобках указать девичью фамилию, если менялась): _____

7. Дата рождения: _____

8. Наименование училища (техникума, колледжа), которое окончил: _____

9. Дата окончания училища (техникума, колледжа): _____

10. Серия, № диплома, регистрационный номер: _____

11. Специальность по диплому: _____

12. Место работы: _____

13. Занимаемая должность: _____

17. Оплата цикла производится за счет (подчеркнуть / если МО указать какая):
за свой счет; МО -

18. Адрес места жительства: _____

(по прописке)

19. Домашний телефон: _____

Мобильный телефон: _____

20. Личная подпись слушателя: _____

21. Дата заполнения: **28.01.20г**