

Директору ГАПОУ
«Бугульминское медицинское
училище имени А.П.Вязьмина»
Даниловой М.В.

Ф.И.О. (полностью) слушателя

Должность, место работы

Тел. _____

E_mail _____

заявление

Прошу Вас зачислить меня, _____
на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения
квалификации (профессиональной переподготовки) _____

_____.

Срок обучения с _____ по _____.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» в целях организации и проведения аккредитации специалиста на срок, необходимый для организации и проведения аккредитации специалиста, даю согласие Министерству здравоохранения Российской Федерации и членам аккредитационной комиссии под председательством _____

на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах и сведений о содержании и результатах прохождения мной аккредитации специалиста, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

(Ф.И.О.)

(подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г.