Директору АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья»

Перминовой Елене Владимировне

*(ФИО)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан):

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

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение по программе профессиональной переподготовки **«Социальная работа в социозащитном учреждении»*,*** в объеме 270 ак.ч.

О себе сообщаю следующее:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Специальность и квалификация по диплому: | |
| Номер, серия диплома, дата выдачи: | |
|  | Место работы, занимаемая должность: | |
|  | Адрес учреждения/организации: | |
| 4. | Стаж работы: | |
| 5. | Адрес регистрации: | |
| *(индекс, область, район, город, село, улица, дом)* | |
| Телефон: | E-mail: |
| **Все вышеуказанное мною подтверждаю**  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  *(Подпись) (Фамилия И.О.)* | | |

**С Уставом учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен/а.**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(Подпись) (Фамилия И.О.)*

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья», а именно: ФИО, паспортные данные, пол, адрес регистрации, телефон, адрес электронной почты, специальность по диплому, № и серия диплома, дата выдачи, место работы, занимаемая должность, сведения об уровне образования, об успеваемости, сведения о браке (расторжении, смене фамилии), данные листка по учету кадров, а также личной фотографии. Предоставляю АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья» право на осуществление любых действий в отношении перечисленных персональных данных, которые необходимы в целях предоставления мне образовательных услуг, включая (без ограничения): сбор (получение), запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, распространение, предоставление, доступ (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован о том, что АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья» будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Срок действия данного Согласия не ограничен. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению в любой момент.

**Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.**

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

*( Подпись) (Фамилия И.О.)*