Директору АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья»

Перминовой Елене Владимировне

(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Паспорт серия, номер, кем и когда выдан

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на программу профессиональной переподготовки «Социальная работа в социозащитном учреждении» в объеме 260 часа.

**О себе сообщаю следующее:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Специальность по диплому: | | |
| № и серия диплома и дата выдачи |  | |
|  | Место работы (учебы), занимаемая должность: | | |
|  | Адрес 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, лицензией, Положением о приеме, Положением о порядке перевода, отчисления, восстановления обучающихся, Положением об итоговой аттестации 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 своих персональных данных АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья», а именно ФИО, паспортные данные, пол, почтовый адрес (телефон, адрес электронной почты), специальность по диплому (№ и серия диплома, дата выдачи), место работы (учебы), занимаемая должность, сведения об уровне образования, оценки успеваемости, сведений о браке (расторжении, смене фамилии), а также личной фотографии. Предоставляю АУ СОН ТО и ДПО «РСРЦН «Семья» право на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы в целях предоставления мне образовательных услуг на основании заключенного договора 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, то 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 своей волей и в своих интересах.

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

**Подпись (Фамилия И.О.)**