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 курсов повышения квалификации **«Теоретические и практические основы оказания психологической поддержки пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций»**, с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. в объеме 30 акад. часов.

**О себе сообщаю следующее:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Специальность по диплому: |
| № и серия диплома и дата выдачи: |
|  | Место работы (учебы), 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, 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 диплома, место работы, занимаемая должность, сведения об уровне образования, об успеваемости, сведения о браке (расторжении, смене фамилии). 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, 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 своей волей и в своих интересах.**

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

 *Подпись Фамилия И.О.*