Заявление заполните на компьютере (машинописно) и поставьте личную подпись внизу

 Главному врачу ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК

 Босак Н.В.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО обучающегося )

 **З А Я В Л Е Н И Е**

 Прошу зачислить меня на платную образовательную услугу по программе дополнительного образования

**очно-заочной формы обучения:**

- «Оказание первой помощи»;

- «Первая помощь при несчастных случаях травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью»

зачисления на цикл обучения по программе дополнительного образования детей и взрослых

**заочно-дистанционной формы обучения:**

- «Первая помощь при несчастных случаях травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью»

Объем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часа(ов), срок обучения «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

 В соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006г. «152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на сбор и обработку персональных данных (фамилия; имя; отчество; дата рождения; адрес регистрации; серия и номер документа, удостоверяющего личность или его замещающего; номер телефона; адрес электронной почты) в том числе с использованием автоматизированных информационных систем в необходимом объеме в целях получения дополнительного образования в средств ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК.

 Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных вше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение ( в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства. Данное согласие действует со дня подписания до дня его отзыва в письменной форме.

|  |  |
| --- | --- |
|  **ФИО полностью** |  |
| **Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)**  |  |
| **Адрес, где зарегистрирован (телефон, е-mail:** |  |
| **По окончании обучения прошу выслать мой документ почтой России (индекс, полный адрес с указанием субъекта РФ)**  |  |
| **По окончании обучения документ получу лично** |  |

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами и другими документами, регламентирующими учреждение и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся в учебном центре ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК ознакомлен.

 «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

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

 (подпись заявителя с расшифровкой)