

Директору ГБПОУ «СМГК»
Л.А. Пономаревой

(должность и место работы)

(Ф.И.О. полностью)

Заявление

Прошу зачислить в группу на обучение по дополнительной профессиональной программе (повышение квалификации, профессиональная переподготовка)

(наименование ДПП)

для _____

по специальности _____

Окончил(а) _____
(наименование учебного заведения, год окончания)

С целями сбора персональных данных (ознакомлен(а), не ознакомлен(а), согласен(а), не согласен(а)) на использование персональных данных только в соответствии с целями, определившими их получение.

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

« _____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
Ф.И.О.

_____ серия _____ № _____ выдан _____
Вид документа, удостоверяющего личность

_____ Когда и кем

Проживающий(ая) по адресу _____

настоящим даю свое согласие на обработку министерством здравоохранения Самарской области (руководитель – Г.Н. Гридасов, адрес: ул. Революционная, 44) моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей _____

_____ Цель обработки персональных данных

И распространяется на следующую информацию: _____

_____ Перечень персональных данных

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, в также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Ф.И.О. , подпись лица, давшего согласие