|  |
| --- |
| **Директору ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»** |
|  |
| (И.О. Фамилия) |
| *от* |
| (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью) |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации / повышения квалификации в рамках системы НМиФО / профессиональной переподготовки / профессионального обучения / дополнительного образования (**нужное подчеркнуть**)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование программы  |  |
|  |  |
| Сроки проведения обучения |  |
| Дата рождения: |  |
| Паспорт (серия, номер, кем выдан, дата выдачи): |  |
|  | **(копию паспорта прилагаю)** |
| Адрес регистрации: |  |
|  | **(копию прописки прилагаю)** |
| Сведения о среднем профессиональном образовании: окончил (а) в |  | году |
| Наименование учебного заведения: |  |
| **При получении образования в иностранном государстве, необходимо предоставить документ, подтверждающий эквивалентность данного диплома (ст. 107 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ, Постановление Правительства РФ от 07.02.1995 № 119)**  |
| Серия, номер диплома: |  |
| Квалификация по диплому: |  | **(копию диплома прилагаю)** |
| Фамилия в дипломе (указать, если не совпадает с указанной в паспорте): |  | **(копию документа, удостоверяющего смену фамилии прилагаю)** |
| Место работы (название медицинской организации, область, город): |  |
|  |
| Сведения о трудовой деятельности за последние 5 лет (**только при обучении по программам повышения квалификации**): |  |
|  |
|  | **(копию трудовой книжки прилагаю)** |
| **СНИЛС** (указать номер обязательно) |  | **(копию СНИЛС прилагаю)** |
| Адрес фактического проживания (либо другой адрес для отправки документа об обучении): |
| Индекс, адрес |  |
|  |
| Контактный телефон |  |
| Адрес электронной почты |  |
| (указать обязательно и РАЗБОРЧИВО) |  |  |

**Гарантирую оплату и возможность проходить обучение дистанционно, используя сеть Интернет.**

**Обязуюсь с данным заявлением и необходимыми копиями, подтверждающими информацию в заявлении, также предоставить заявку с Портала НМиФО (при обучении по программам повышения квалификации в рамках системы НМиФО), договор и акт об оказании услуг (в двух экземплярах) полностью заполненные и подписанные мною, путем отправки их по почте России или предоставления лично.**

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Государственному областному образовательному автономному учреждению дополнительного профессионального образования «Мурманский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения» (далее ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»), расположенному по адресу 183052, г. Мурманск, ул. Баумана д. 42, на обработку моих персональных данных: *(Ф.И.О.; дата и место рождения, иные данные, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность; данные о месте регистрации и проживания, номеров телефонов; сведения о трудовой деятельности; сведения об образовании и выданном дипломе; данные СНИЛС и т.д.)* с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях организации и проведения цикла повышения квалификации (дополнительного образования).

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано гражданином по письменному заявлению с указанием причин отзыва.

Настоящее согласие вступает в силу с момента подписания и действует в течение всего срока хранения документов слушателей.

Я проинформирован(а), что данные, предоставленные мною, необходимы образовательному учреждению ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ» для внесения сведений о моем обучении в федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении».

**Предоставленные мною в заявлении сведения верны.**

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись) (И.О. Фамилия)