|  |  |
| --- | --- |
| ­ | Ректору  автономной некоммерческой организации  дополнительного профессионального образования  "Медицинская дистанционная академия"  А.В. Будкиной  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  630060, г. Новосибирск, Зеленая горка 1/16, АНО ДПО "Медицинская дистанционная академия "  ФИО:  Место работы:  Занимаемая должность:  Контактный телефон(ы):  Адрес проживания (для переписки):  Электронный адрес: |

# Заявление

Прошу зачислить меня в автономную некоммерческую организацию дополнительного профессионального образования "Медицинская дистанционная академия" в качестве слушателя по дополнительной образовательной программе повышения квалификации «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в объеме 144 часа с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования серия 54Л01№0003778 рег. № 10282 от 3 мая 2017 г., выданной Министерством образования и науки Новосибирской области, и приложением к ней, Уставом АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия», правилами приема и отчисления, условиями оплаты и иными локальными актами, регулирующими образовательную деятельность в АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия», ознакомлен(а).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(дата) (подпись) (расшифровка)

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (Ф.И.О., дата и место рождения, адрес места проживания, паспортные данные, информацию о гражданстве и об образовании, e-mail и номер телефона), а именно – совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем заявлении, с целью осуществления обучения, обеспечения охраны здоровья и создания благоприятных условий для развития личности, информационного обеспечения управления учреждением.

Подтверждаю, что действую свободно, по своей воле, с Положением о персональных данных АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия» ознакомлен(а).

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(дата) (подпись) (расшифровка)