|  |  |
| --- | --- |
| ­ | 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)