Директору

Учебного центра «ProfLedi»

М. В. Евтушевской

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

Проживающего (ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес по месту регистрации с индексом)*

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на профессиональную программу дополнительного образования

|  |
| --- |
|  |
| **(профессиональная подготовка)** |

О себе сообщаю дополнительные сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Паспортные данные |  |
|  |
|  |
| СНИЛС (для внесения информации в ФИС ФРДО) |  |
| ИНН |  |
| Дата рождения |  |
| Место работы и должность, телефон, e-mail |  |
|  |
|  |
| Образование (учреждение, специальность, квалификация, год окончания), при наличии |  |
|  |
|  |
|  |
| Телефон моб. |  |
| Телефон дом. (с кодом) |  |
| E-mail |  |
| Почтовый адрес с индексом (для получения документов), если обучение оплачивается самостоятельно |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

* **копия страниц паспорта с личными данными и адресом регистрации;**
* **копия документов о смене ФИО** (при наличии);
* **копия документа об образовании** (основного общего или среднего общего образования) **или свидетельства о профессиональном обучении** (при наличии).

**Оплата будет осуществляться** (подчеркнуть): из личных средств; организации, Центра занятости.

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности и приложениями к ней, Уставом Учебного центра «ProfLedi», образовательной программой и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Фамилия И.О.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, Имя, Отчество)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_,в соответствии с требованиями Федерального закона № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Учебным центром «ProfLedi» (далее – Оператор) в процессе моего обучения по профессиональной программе дополнительного образования

|  |
| --- |
|  |
| **(профессиональная подготовка)** |

К персональным данным, содержащимся в документах, на обработку которых дается мое согласие, относятся:

* копия паспорта (фамилия, имя, отчество, дата рождения, домашний адрес),
* копия свидетельства о профессиональном обучении (данные об образовании, квалификации) или документа об образовании,
* копия документа о смене фамилии (при расхождении фамилии в паспорте и дипломе),
* информация о номере СНИЛС,
* информация о номере ИНН,
* место работы и должность,
* номера служебных и личных телефонов,
* адрес служебной и личной электронной почты.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки, формирования личных дел, отчетных форм. Персональные данные могут быть также использованы для формирования банка данных работников отраслевых организаций без передачи третьим лицам (для некоммерческого использования).

Срок хранения персональных данных составляет пятьдесят лет.

Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления письменного заявления в адрес Оператора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Фамилия И.О.)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.