**ЗАЯВКА**

**на заключение договора о целевом обучении**

**по образовательной программе**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_программам высшего образования – программам ординатуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Полное наименование заказчика целевого обучения по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры (далее - заказчик): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Идентификационный номер предложения заказчика о заключении договора или договоров о целевом обучении по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры (далее - предложение) на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений "Работа в России": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Дата размещения предложения на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений "Работа в России": \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения)

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

место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

контактный номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

заявляю о намерении заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры, реализуемой в ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

с заказчиком на условиях, указанных в предложении.

5. Обязуюсь в случае поступления на целевое обучение по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в пределах установленной квоты в соответствии с характеристиками освоения образовательной программы, указанными в предложении, заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в соответствии с предложением № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_202\_\_г.

6. Подтверждаю, что я соответствую требованиям, предъявляемым заказчиком к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении.

Приложение:

1. Заявление о согласии на обработку персональных данных на \_\_\_ л.

2. Документы, подтверждающие соответствие гражданина требованиям, предъявляемым к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении: \_\_\_\_\_\_ на \_\_\_ л.

3. Иные документы:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на \_\_\_ л.

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Оператору  
федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ИНН 1655007760 ОГРН 1021602848189

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)*номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
почтовый адрес: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

В соответствии со статьей 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – оператор), расположенному по адресу: г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, на распространение (передачу, распространение) своих персональных данных с использованием средств автоматизации (информационных ресурсов оператора расположенных на домене kazangmu.ru) и без использования таких средств с целью информационного обмена с Заказчиком в рамках направления заявки на заключение договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования в рамках организации, осуществления и обеспечения заключения договора о целевом обучении по программам высшего образования и трудоустройства субъекта персональных данных.

Согласие относится к обработке следующих персональных данных:

1. фамилия, имя, отчество;
2. пол;
3. дата и место рождения;
4. адрес места проживания;
5. сведения о регистрации по месту жительства или пребывания;
6. номер телефона, адрес электронной почты;
7. реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и др.);
8. номер СНИЛС;

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором,

осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (заполняется по желанию субъекта персональных данных):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие действует с момента подписания в течение срока действия договора о целевом обучении. Действие настоящего согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, прекращается досрочно в случае и с момента поступления оператору персональных данных требования субъекта персональных данных о прекращении обработки персональных данных, включающего в себя фамилию, имя, отчество (при наличии), контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес) субъекта персональных данных, а также перечень персональных данных, обработка которых подлежит прекращению.

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

*(подпись обучающегося, ФИО) (дата)*

**Согласие абитуриента на обработку персональных данных**

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)*

на основании статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – оператор), расположенному по адресу: г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, на обработку своих персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств с целью *заключения договора о целевом обучении по образовательной программе ординатуры по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Обработка персональных данных предполагает сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие относится к обработке следующих персональных данных:

1. фамилия, имя, отчество;
2. пол;
3. дата и место рождения;
4. адрес места проживания;
5. сведения о регистрации по месту жительства или пребывания;
6. номер телефона, адрес электронной почты;
7. реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и др.);
8. номер СНИЛС;
9. сведения о выбранной образовательной услуге: уровень образования, наименование специальности (направления подготовки), форма и основа обучения;

Настоящее согласие действует на срок до достижения цели обработки персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора.

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

*(подпись абитуриента, ФИО) (дата)*