И.о. ректора ФГБОУ ВО Казанский ГМУ

Минздрава России проф. А.С. Созинову

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.- полностью)

(дата рождения)

Гражданство зарегистрированного (ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фактически проживающего (ей) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу зачислить меня в Казанский ГМУ на год очной формы обучения по специальности

 , на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ место, в порядке

(бюджетное /внебюджетное)

 перевода из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Специальность

Основа обучения: бюджет/ договор с оплатой стоимости обучения,

 Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ № ,

 кем выдан дата выдачи паспорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Необходимые документы к заявлению прилагаю.

 При подаче заявления на место, финансируемое за счет средств федерального бюджета:

|  |  |
| --- | --- |
| **Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или интернатуры**  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО  |

**С Уставом ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России; лицензией на право ведения образовательной деятельности; свидетельством о государственной аккредитации; Положением ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России о порядке и основании перевода, отчисления и восстановления обучающихся; Положениями ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России «О платных образовательных услугах» и «О снижении стоимости платных образовательных услуг**», **перечнем и информацией о формах проведения аттестационных испытаний и правилами их проведения; правилами подачи и рассмотрения апелляций по результатам аттестационных испытаний; правилами проведения аттестационных испытаний при переводе ознакомлен(а).**

На обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ
«О персональных данных», с Положением ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России «Об обработке и защите персональных данных» согласен/согласна.

При положительном решении комиссии о переводе, обязуюсь представить все необходимые документы до 28 августа текущего года включительно.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО

# Согласие поступающего (перевод) 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 перевода на обучение по образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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. сведения о гражданстве (отсутствии гражданства);
4. дата и место рождения;
5. адрес места проживания;
6. сведения о регистрации по месту жительства или пребывания;
7. номер телефона, адрес электронной почты;
8. реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ, и др.);
9. номер СНИЛС;
10. фотоизображение;
11. сведения о выбранной образовательной услуге: уровень образования, наименование специальности (направления подготовки), форма и основа обучения;
12. сведения о предшествующем образовании: наименование образовательной организации, уровень образования, наименование специальности (направления подготовки), форма, основа и срок обучения, реквизиты документа о предшествующем образовании и (или) о квалификации;
13. сведения о трудовой деятельности или о государственной (муниципальной) службе: наименование организации или органа государственной власти (местного самоуправления), занимаемой должности, стаж трудовой деятельности или государственной (муниципальной) службы, реквизиты трудовой книжки;
14. сведения о наличии инвалидности или ограниченных возможностей здоровья, требующих создания специальных условий для проведения вступительных испытаний;
15. сведения об индивидуальных достижениях;
16. сведения об особых правах и преимуществах, о праве на прием в пределах особой квоты и преимущественном праве на зачисление.

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)*