|  |  |
| --- | --- |
|  | И.о.директора ГБПОУ КК «КМедК»  Востриковой Н.В.  От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф. И. О.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность, место работы)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (тел.: сотовый, домашний) |
|  |  |

Заявление

Прошу включить меня на обучение по программе повышения квалификации (профессиональной переподготовки)

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

(указать наименование программы)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Оплату гарантирую.

(подпись)

**Согласие слушателя на обработку персональных данных**

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (с изменениями и дополнениями) **даю согласие** сотрудникам отделения повышения квалификации ГБПОУ КК «КМедК», расположенного по адресу г. Петропавловск-Камчатский, ул. Ленинградская 90/1, на обработку моих персональных данных (ФИО; сотовый телефон; данных о настоящем месте работы;) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях организации и проведения обучения.

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует в течение 5 лет.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

**Достоверность и правильность предоставляемых сведений подтверждаю.**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С лицензией на право образовательной деятельности ознакомлена. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_