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

Заявление

Прошу включить меня на цикл повышения квалификации (профессиональную переподготовку)

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

(указать наименование)

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату гарантирую.

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

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 ДПО и ПО ГБПОУ КК «КМедК», расположенного по адресу **г. Петропавловск-Камчатский, ул. Ленинградская 90/1**, на обработку моих персональных данных (ФИО; год, месяц, дата рождения; данных о моем месте жительстве, сотовый телефон; данных о настоящем месте работы; сведений об образовании; данных о моей специальности и должности; паспортные данные) 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.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)