

И.о.директора ГАПОУ АО  
«АМК» А.С. Любову

от \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

гражданство \_\_\_\_\_  
отношение к военной службе \_\_\_\_\_

зарегистрирован(ному/ной) по  
адресу: индекс \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(согласно прописке)

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### заявление

Прошу зачислить меня слушателем отдела организации  
последипломного образования ГАПОУ АО «АМК» по программе  
профессионального обучения  
« \_\_\_\_\_ »  
в объеме \_\_\_\_\_ часов, в период \_\_\_\_\_ года.

Прилагаю копии документов:

- 1) Паспорт
- 2) СНИЛС
- 2) Документ, подтверждающий смену имени или фамилии
- 3) Диплом об образовании (аттестат о среднем образовании)
- 4) Трудовая книжка

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности,  
Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся в ГАПОУ АО «АМК»,  
правилами зачисления, а также с информацией об ответственности за подлинность  
документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ ДВУСТОРОННЕЕ – ПРОВЕРЬТЕ, ЗАПОЛНЕНА ЛИ ОБРАТНАЯ СТОРОНА!

И.о.директора ГАПОУ АО  
«Архангельский медицинский колледж»  
А.С. Любову  
от \_\_\_\_\_  
(ФИО слушателя)

заявление.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
(по паспорту) (район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
(проживания) (район, город, село, поселок, деревня, проспект, улица, дом, корпус, квартира)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование) (серия) (номер)

(кем выдан)

(дата выдачи)

подтверждаю свое согласие на обработку ГАПОУ АО «Архангельский медицинский колледж», 163002, г. Архангельск, пр. Новгородский д.21. моих персональных данных включая фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес, контактный телефон, семейное положение, образование, профессию, паспортные данные, данные документов, подтверждающие сведения о стаже работы, данные документов об образовании, повышении квалификации.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение; использование; передачу кругу лиц, определенным соглашениями и нормативно-правовыми актами, принятыми в целях реализации трудового законодательства; обезличивание; блокирование; уничтожение моих персональных данных, в том числе с применением средств автоматизированной обработки.

Мне разъяснено право отозвать согласие путем направления письменного заявления оператору и последствия отзыва согласия, а именно: оператор блокирует персональные данные заявителя (прекращает их сбор, систематизацию, накопление, распространение, в том числе передачу), с месяца, следующего за месяцем, в котором заявитель отозвал свое согласие, а персональные данные заявителя подлежат уничтожению по истечению трех лет с даты отзыва согласия.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата \_\_\_\_\_

Расшифровка подписи