

**НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**

Директору ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России,  
д.м.н., профессору В.В. Дворянчикову

от \_\_\_\_\_

**ЗАЯВКА**

Прошу принять на обучение \_\_\_\_\_  
*(должность, Ф.И.О. врача)*  
на курс повышения квалификации / профессиональной переподготовки *(нужное подчеркнуть)*  
\_\_\_\_\_  
*(название курса, кол-во часов)*  
с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Наименование ВУЗа и год его окончания \_\_\_\_\_

Проф. переподготовка \_\_\_\_\_

Интернатура (специальность) \_\_\_\_\_

Ординатура (специальность) \_\_\_\_\_

Повышение квалификации за последние 5 лет (даты прохождения курса, наименование курса) \_\_\_\_\_

Наличие сертификата по специальности \_\_\_\_\_  
срок действия до \_\_\_\_\_

Для составления трехстороннего договора представляем следующие данные:

- Фамилия, имя, отчество обучающегося
- Дата рождения
- Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)
- Место жительства
- Телефон
- Банковские реквизиты учреждения
- Ф.И.О. руководителя (главного врача), действует на основании \_\_\_\_\_

Главный врач (директор) \_\_\_\_\_

## СОГЛАСИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
проживающий по адресу (месту регистрации): \_\_\_\_\_

Паспорт: серия и номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_  
название выдавшего органа \_\_\_\_\_

в соответствии с п. 1 ст. 9 закона РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю в ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, находящемуся по адресу 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, 9, согласие на обработку моих персональных данных любым законодательно разрешенным способом.

### **Согласие относится к обработке следующих персональных данных:**

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата и место рождения;
- данные паспорта;
- адреса регистрации по месту жительства и фактического проживания;
- номера телефонов: домашнего и мобильного;
- сведения о состоянии в браке;
- сведения об образовании, послевузовском профессиональном образовании, профессиональной переподготовке (в том числе: наименование образовательного учреждения, сведения о полученном дипломе, квалификации по диплому, год окончания), повышении квалификации, квалификационной категории;
- сведения об ученой степени, ученом звании;
- сведения о трудовом стаже;
- сведения о трудовой деятельности и месте работы.

### **Обработка данных должна осуществляться с целью:**

- обеспечения соблюдения требований законодательства РФ;
- оформление и регулирование образовательного процесса;
- отражение информации в документах образовательного процесса;
- исчисления и уплаты налоговых платежей, предусмотренных законодательством РФ;
- представления законодательно установленной отчетности по физическим лицам в ИФНС и внебюджетные фонды;
- предоставления налоговых вычетов;
- обеспечения безопасных условий труда;
- обеспечения сохранности имущества, принадлежащего Институту.

Настоящее согласие действительно со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Дата \_\_\_\_\_ Личная подпись \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_

В соответствии с частью 3 статьи 18 Закона № 152-ФЗ сообщаю, что я проинформировал членов своей семьи о передаче ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России их персональных данных для дальнейшей обработки.

Дата \_\_\_\_\_ Личная подпись \_\_\_\_\_ Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_

Согласие на обработку данных получено \_\_\_\_\_  
(дата)

Расписался в моем присутствии \_\_\_\_\_  
(должность, ФИО)