

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

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Гражданство \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на \_\_\_\_\_  
(курс повышения квалификации / профессиональную переподготовку)

\_\_\_\_\_ (наименование курса)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Оплату гарантирую.

О себе сообщаю следующее:

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 \_\_\_\_\_

Предоставляю данные для составления договора:

- Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
- Дата рождения \_\_\_\_\_
- Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан) \_\_\_\_\_
- Место жительства (по паспорту) \_\_\_\_\_
- Телефон \_\_\_\_\_
- Электронная почта \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись)

При себе обучающимся необходимо иметь:

- копию документа, удостоверяющего личность;
- копию документа о высшем образовании;
- копию документа о послевузовском профессиональном образовании (интернатура, ординатура);
- копию документа о профессиональной переподготовке (в случае получения новой специальности по результатам прохождения профессиональной переподготовки);
- копию сертификата специалиста или копия свидетельства об аккредитации специалиста;
- копию удостоверения о повышении квалификации (за последние 5 лет);
- копию трудовой книжки, заверенную по месту работы;
- при изменении фамилии, имени, отчества – копии документов, подтверждающих факт изменения;
- копию прививочного сертификата;
- ФЛГ;
- медицинский халат, сменную обувь, налобный рефлектор.

## 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 \_\_\_\_\_