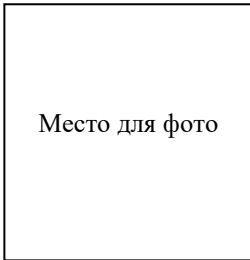


ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ



Адрес эл. почты: _____

Телефон: _____

ИНН _____

СНИЛС _____

1. Ф.И.О. (по паспорту) _____

2. Фамилия (по диплому) _____

Диплом серия _____ № _____ дата окончания училища _____

3. Дата рождения _____

4. Наименование училища (колледжа), которое окончил _____

5. Специальность по диплому _____

6. Место работы /наименование организации/ и занимаемая должность _____

7. Общий стаж работы (в медицине) _____

8. Дополнительная профессиональная программа (**повышения квалификации**) **«Медицинский массаж»**

9. Кем командирован _____

10. Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____

кем, где выдан _____

13. Постоянный домашний адрес (по регистрации): _____

14. Личная подпись слушателя _____

15. Дата заполнения карточки _____

16. Дата начала обучения по ДПП ПП _____

17. Дата окончания обучения по ДПП ПП _____

Директору
ГБПОУ «Новороссийский
медицинский колледж»
Л.В. Щукиной

от медицинской сестры по массажу
(нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О.)

(наименование организации, место работы)

Заявление

Прошу зачислить меня обучение дополнительной профессиональной программе (повышения квалификации) **«Медицинский массаж»**, в объеме 144 часа с применением дистанционных образовательных технологий с элементами очно-заочной формы обучения.

Я, даю свое согласие ГБПОУ «Новороссийский медицинский колледж» на обработку, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные, адрес, образование, профессия, другая информация для повышения квалификации при предоставлении услуги, представления по запросу в управление экономики и целевых программ Краснодарского края, управление информатизации и связи Краснодарского края, представления по запросу в правоохранительные органы (суды, полиция, прокуратура и другие).

Основание: ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности (контактный телефон Министерство образования, науки и Молодёжной политики Краснодарского края 8(861)234-42-52), свидетельством о государственной аккредитации приложениями к ним по выбранной специальности, правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении (в том числе через информационные системы общего пользования) ознакомлен (а).

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись, расшифровка подписи)

