

Директору ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж»
Н. И. Литвиновой

от _____

ФИО специалиста

место работы _____

занимаемая должность _____

контактные телефоны:

домашний _____

мобильный _____

Заявление.

1. В связи с перерывом в медицинском стаже работы более 5-ти лет прошу Вас принять меня на переподготовку по базовому образованию

« _____ »

наименование цикла, срок обучения, форма обучения (очная, очно-заочная)

с последующим обучением на цикле усовершенствования (специализации)

« _____ »

2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Областному государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «Рязанский медицинский колледж», расположенного по адресу : г. Рязань, ул. Баженова, д. 36,корп.1, на обработку моих персональных данных {ФИО; год, месяц, дата и место рождения, а также иных данных, содержащихся в моем удостоверении личности; данных о моем/, месте жительства, мой почтовый адрес и телефон; данных о настоящем и предыдущих местах работ; сведений об образовании, наличии специальных знаний или подготовки; данных о моей специальности и должности; данные медицинского характера, в случаях, предусмотренных законодательством) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях организации и проведения цикла повышения квалификации.

С «Положением о порядке обработки и защите персональных данных работников и слушателей ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» ознакомлен (а).

Согласие вступает в силу со дня подписания и действует в течение неопределенного срока.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

_____ 20__ г.

Подпись _____

Документы проверил: зав. отделением

Подпись _____

_____ 20__ г