

Директору ФГБПОУ «Медицинский колледж»

Василенок А.В.

От _____
(Фамилия имя отчество полностью)

работающего(ей) в _____

_____ (Место работы)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к обучению на цикле **Профессиональной**
переподготовки/ **повышения** **квалификации** (нужное подчеркнуть)
«_____» в объеме _____
часа(ов) с «___» _____ 20__ по «___» _____ 20__ г.

Даю свое согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, уничтожение следующих профессиональных данных: ФИО, адрес регистрации, серия и номер документа, удостоверяющего личность, номер СНИЛС, номер телефона, электронный адрес, данные документа об образовании (серия, номер диплома, наименование оконченого учебного учреждения), сведения о месте работы (наименование учреждения, его адрес, занимаемая должность, стаж работы общий и по специальности).

С «Положением о порядке и условиях получения дополнительного профессионального образования на отделении дополнительного профессионального образования» ознакомлен.

Согласен(на) получать информационные сообщения от ФГБПОУ «Медицинский колледж» о проводимых циклах ПК и ПП по эл. почте и/или номеру телефона _____.

Дата «___» _____ 2020 г. _____/_____/