

Регистрационный номер

Председателю приемной кампании
ФГБПОУ «Медицинский колледж»

Василенок А.В.

117105, г. Москва, Варшавское ш., 16А

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Гражданство

СНИЛС

Зарегистрированного(ой) по адресу:

индекс, регион (область, край, республика), район, населенный пункт (город, поселок, деревня), улица, дом, корпус, квартира

телефон(ы) для связи

Документ о предыдущем уровне образования

Аттестат об основном общем образовании (9 кл.)

оригинал

копия

серия

№

выдан

Средний
балл

Биология

Химия

Русский
язык

о среднем общем образовании (11 кл.)

оригинал

копия

серия

№

выдан

Средний
балл

Биология

Химия

Русский
язык

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для зачисления на обучение по программам среднего профессионального образования в соответствии со следующими приоритетами:

	Приоритет 1	Приоритет 2	Приоритет 3
Специальность			
На базе			
Форма обучения			
Условия обучения			

В специальных условиях проведения
вступительных испытаний нуждаюсь:

да нет

подтверждающий документ

Подпись поступающего

Подпись поступающего

В общежитии нуждаюсь: да нет

Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование впервые:

да нет

Подпись поступающего

Индивидуальные достижения предоставил согласно п. 47 правил приема:

да нет _____
Подпись поступающего

Преимущественные права предоставил согласно п. 48 правил приема:

да нет _____
Подпись поступающего

Первоочередные права предоставил согласно п. 48 правил приема:

да нет _____
Подпись поступающего

С копиями лицензии (с приложениями) на право осуществления образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации (с приложениями), уставом, этическим кодексом, правилами внутреннего распорядка обучающихся, положением о платных образовательных услугах, положением о порядке перевода, отчисления и восстановления обучающихся ознакомлен(а)

_____ Подпись поступающего

Даю добровольное согласие на обработку и на распространение моих персональных данных ФГБПОУ «Медицинский колледж» на срок обучения.

_____ Подпись поступающего _____ Подпись родителя

Информирован(а) о необходимости оформления временной регистрации в Москве (Московской области) в течение 90 дней с даты издания приказа о зачислении на обучение в ФГБПОУ «Медицинский колледж»

_____ Подпись поступающего

Информирован о необходимости состоять на воинском учете (встать на первоначальный воинский учет)

_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о запрете курения на территории ФГБПОУ «Медицинский колледж» и клинических баз

_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о невозможности допуска к практической подготовке при отсутствии заполненной личной медицинской книжки в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров»

_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о необходимости ношения на территории ФГБПОУ «Медицинский колледж» и клинических баз сменной обуви и специальной одежды

_____ Подпись поступающего

Даю добровольное согласие на психологическое сопровождение, включая проведение тренингов, применение психологических методик, проведение учебных занятий за пределами территории ФГБПОУ «Медицинский колледж» и клинических баз

_____ Подпись поступающего _____ Подпись родителя

Информирован(а) о минимальных технических требованиях для работы на образовательном портале колледжа

_____ Подпись поступающего _____ Подпись родителя

Дата предоставления оригинала документа об образовании не позднее _____

_____ Подпись поступающего

Дата проведения вступительных испытаний _____

_____ Подпись поступающего

*Согласие на обработку моих персональных данных прилагается к настоящему заявлению и является его неотъемлемой частью.

**Согласие на обработку персональных данных родителя/законного представителя прилагается к настоящему заявлению и является его неотъемлемой частью

Подпись ответственного лица приемной комиссии _____

_____ Подпись _____ Расшифровка

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
дата рождения _____, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

Зарегистрированный (ая) по адресу (по паспорту)

(индекс, полный адрес постоянной регистрации, район)

Адрес проживания

(индекс, полный адрес, район)

Телефон _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю свободно, своей волей и в своем интересе федеральному государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «**Медицинский Колледж**» (далее - Оператор), расположенному по адресу: 117105, Москва, Варшавское шоссе 16А, **согласие** на обработку с использованием бумажных и электронных носителей, моих **персональных данных: фамилия; имя; отчество; биометрические персональные данные (личная фотография); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; адрес проживания; адрес места регистрации; реквизиты документов удостоверяющих личность; реквизиты полиса ОМС; данные СНИЛС; данные ИНН; сведения об образовании; сведения о месте работы, занимаемой должности; сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья (в том числе наличие и группа инвалидности); направление подготовки (профессия, специальность); сведения об успеваемости; сведения о родителях, о семейном положении и составе семьи; сведения об увлечениях (хобби) и о личных качествах, интересах, достижениях, наличии наград; номер группы, курс; контактные телефоны и электронная почта; банковский счет для перечисления стипендии или иных гарантированных социальных выплат, компенсаций; данные в документах, подтверждающих статус льготника; информацию о доходах, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.**

Обработка моих персональных данных осуществляется Оператором в целях оказания образовательных услуг, обеспечения организации учебного процесса, выполнения требований законодательства РФ об образовании, осуществления деятельности в соответствии с Уставом оператора, обязательном социальном и пенсионном страховании, оказания медицинских услуг в здравпункте колледжа, в целях организации научно-исследовательской и инновационной деятельности, содействия и анализа дальнейшего трудоустройства, удовлетворения потребностей личности в интеллектуальном, культурном, нравственном и спортивном развитии, популяризации лучших обучающихся колледжа, внесших наибольший вклад в развитие колледжа и повышения эффективности учебного процесса, перечисления стипендии, предоставления мер социальной поддержки или гарантированных социальных выплат, компенсаций на расчетный счет (банковскую карту), а так же обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Я предоставляю Оператору **право осуществлять следующие действия** с моими персональными данными: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, (обновление, изменение), использование, размещение на информационных стендах приемной комиссии, информационных стендах и сайте оператора, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, передачу персональных данных в сторонние организации (третьим лицам) при условии соблюдения их конфиденциальности, в объеме, предусмотренном законодательством Российской Федерации, а именно:

- 1) кредитным организациям, открывающим и обслуживающим платежные карты

для начисления стипендии или иных гарантированных социальных выплат, компенсаций в объеме, необходимом для достижения указанной цели;

- 2) военным комиссариатам для воинского учета;
- 3) социальному (пенсионному) фонду;
- 4) федеральной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации.

Оператор вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Я согласен(а) с тем, что оператор может проверить достоверность предоставленных мною персональных данных, в том числе с использованием услуг других операторов, без уведомления меня об этом.

Даю согласие считать общедоступными мои персональные данные в любых сочетаниях между собой: фамилия; имя; отчество; сведения об образовании; сведений об успеваемости; сведения о увлечениях, интересах, достижениях, наличии наград; личная фотография; номер группы, курс; контактные телефоны и электронная почта.

Предоставляю Оператору право осуществлять с моими общедоступными персональными данными все вышеуказанные способы обработки, действия (операции), а также передачу неопределенному кругу лиц путем размещения в общедоступных источниках.

Данное согласие вступает в силу со дня подписания и действует до истечения пяти (5) лет после окончания срока обучения или достижения целей обработки персональных данных. В случае внесения персональных данных в Книгу почета – бессрочно. Срок хранения персональных данных в архиве колледжа в соответствии с архивным законодательством (не более 75 лет).

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству РФ.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, _____,
дата рождения _____, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

Зарегистрированный (ая) по адресу (по паспорту)

(индекс, полный адрес постоянной регистрации, район)

Адрес проживания

(индекс, полный адрес, район)

Телефон _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя в интересах несовершеннолетнего:

(Ф.И.О. несовершеннолетнего),
дата рождения _____, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата выдачи/орган, выдавший паспорт)

Зарегистрированного (ой) по адресу (по паспорту)

(индекс, полный адрес постоянной регистрации, район)

Адрес проживания

(индекс, полный адрес, район)

Телефон _____

выражаю свободно, своей волей и в своем интересе федеральному государственному бюджетному профессиональному образовательному учреждению «**Медицинский Колледж**» (далее - Оператор), расположенному по адресу: 117105, Москва, Варшавское шоссе 16А, **согласие** на обработку с использованием бумажных и электронных носителей, следующих **персональных данных** несовершеннолетнего: **фамилия; имя; отчество; биометрические персональные данные (личная фотография); пол; дата рождения; место рождения; гражданство; адрес проживания; адрес места регистрации; реквизиты документов удостоверяющих личность; реквизиты полиса ОМС; данные СНИЛС; данные ИНН; сведения об образовании; сведения о месте работы, занимаемой должности; сведения о воинском учете; сведения о состоянии здоровья (в том числе наличие и группа инвалидности); направление подготовки (профессия, специальность); сведения об успеваемости; сведения о родителях, о семейном положении и составе семьи; сведения об увлечениях (хобби) и о личных качествах, интересах, достижениях, наличии наград; номер группы, курс; контактные телефоны и электронная почта; банковский счет для перечисления стипендии или иных гарантированных социальных выплат, компенсаций; данные в документах, подтверждающих статус льготника; информацию о доходах, а также моих персональных данных: фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; место рождения; гражданство; адрес проживания; адрес места регистрации; реквизиты документов удостоверяющих личность; сведения о месте работы, занимаемой должности; контактные телефоны и электронная почта; информацию о доходах, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.**

Обработка моих персональных данных и данных несовершеннолетнего осуществляется Оператором в целях оказания образовательных услуг, обеспечения организации учебного процесса, выполнения требований законодательства РФ об образовании, осуществления деятельности в соответствии с Уставом оператора, обязательном социальном и пенсионном страховании, оказания медицинских услуг в здравпункте колледжа, в целях организации научно-исследовательской и инновационной

деятельности, содействия и анализа дальнейшего трудоустройства, удовлетворения потребностей личности в интеллектуальном, культурном, нравственном и спортивном развитии, популяризации лучших обучающихся колледжа, внесших наибольший вклад в развитие колледжа и повышения эффективности учебного процесса, перечисления стипендии, предоставления мер социальной поддержки или гарантированных социальных выплат, компенсаций на расчетный счет (банковскую карту), а так же обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов.

Я предоставляю Оператору **право осуществлять следующие действия** с моими персональными данными и данными несовершеннолетнего: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, (обновление, изменение), использование, размещение на информационных стендах приемной комиссии, информационных стендах и сайте оператора, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в объеме, определяемом соответствующими законами и иными правовыми нормативными актами, передачу персональных данных в сторонние организации (третьим лицам) при условии соблюдения их конфиденциальности, в объеме, предусмотренном законодательством Российской Федерации, а именно:

- 1) кредитным организациям, открывающим и обслуживающим платежные карты для начисления стипендии или иных гарантированных социальных выплат, компенсаций в объеме, необходимом для достижения указанной цели;
- 2) военным комиссариатам для воинского учета;
- 3) социальному (пенсионному) фонду;
- 4) федеральной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации.

Оператор вправе осуществлять смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку персональных данных посредством внесения в электронную базу данных, включения в отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Я согласен(а) с тем, что оператор может проверить достоверность предоставленных мною персональных данных, в том числе с использованием услуг других операторов, без уведомления меня об этом.

Даю согласие считать общедоступными следующие персональные данные несовершеннолетнего в любых сочетаниях между собой: фамилия; имя; отчество; сведения об образовании; сведений об успеваемости; сведения о увлечениях, интересах, достижениях, наличии наград; личная фотография; номер группы, курс; контактные телефоны и электронная почта.

Предоставляю Оператору право осуществлять с общедоступными персональными данными несовершеннолетнего все вышеуказанные способы обработки, действия (операции), а также передачу неопределенному кругу лиц путем размещения в общедоступных источниках.

Данное согласие вступает в силу со дня подписания и действует до истечения пяти (5) лет после окончания срока обучения или достижения целей обработки персональных данных. В случае внесения персональных данных несовершеннолетнего в Книгу почета – бессрочно. Срок хранения персональных данных в архиве колледжа в соответствии с архивным законодательством (не более 75 лет).

Мне разъяснено, что согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления, если это не противоречит законодательству РФ.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)