И.о.директора ИДО СамГТУ

**Ефимовой С.А.**

**З А Я В Л Е Н И Е-СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных для слушателей ИДО**

Прошу зачислить меня,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. поступающего полностью, в винительном падеже)

на обучение по программе профессиональной переподготовки/повышения квалификации «**Совершенствование художественно-педагогического мастерства в области изобразительного искусства»** в объеме 72 часа.

**Срок обучения:** с «18» сентября 2024 г. по «18» декабря 2024 г.

**Форма обучения:**­­­ очная

**Место работы** *(с указанием кафедры)***:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Занимаемая должность:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штатный сотрудник

внешний совместитель

**Гражданство:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(отметить галочкой)*

**СНИЛС**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Пол:** мужской женский

(дд, мм, гггг) (отметить галочкой)

**Паспортные данные:** Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес регистрации** *(с указанием почтового индекса):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения об образовании:**

Уровень образования *(отметить галочкой)*:

Высшее образование Бакалавр Специалист Магистр

Среднее профессиональное образование Студент

Фамилия, указанная в дипломе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия диплома:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер диплома:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРИЛОЖИТЬ КОПИЮ ДИПЛОМА *(без вкладыша)*

**Контактный телефон** (*обязательно*):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail** (*обязательно*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Участник СВО Близкие родственники - участники СВО**

**Фамилия, имя, отчество печатными буквами для написания удостоверения/диплома***(если анкета заполняется вручную)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я согласен (согласна) на обработку моих персональных данных** *(отметить галочкой)*

Даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование для заполнения ФИС ФРДО в соответствии с действующим Постановлением Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 729 «О федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении».

Обезличивание персональных данных при формировании статистической отчетности.

**Достоверность представленных данных подтверждаю.**

«18» сентября 2024 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись слушателя)