

Приложение № 2 к Правилам приема слушателей на обучение по программам дополнительного профессионального образования в ГБУЗ РКНД МЗ РБ

»

Главному врачу ГБУЗ РКНД МЗ РБ
Арсланову Р.М.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

паспорт №серия _____

выдан _____

контактный телефон _____

электронная почта: _____

Заявление

Прошу зачислить меня на курс повышения квалификации по дополнительной профессиональной программе «Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» в объеме 16 часов с _____ по _____.

Я подтверждаю, что имел(а) возможность ознакомиться с подробной информацией о порядке предоставления ГБУЗ РКНД МЗ РБ образовательных услуг.

Дата _____, _____

(подпись)

В соответствии с Федеральным Законом 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» настоящим даю согласие на обработку персональных данных, в т.ч. на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, уничтожение) уполномоченными работниками ГБУЗ РКНД МЗ РБ информации, содержащей мои персональные данные, с целью ведения образовательной деятельности и отчетности, оформление документов, связанных с образовательным и организационным процессом, рассылку учебных, рабочих, методических материалов (рабочих (учебных) тетрадей), графиков обучения, приглашений к участию в вебинарах, видеоконференциях, а также иных материалов, связанных с организацией и обучением.

Я даю свое согласие на включение моих персональных данных в список общедоступных персональных данных ГБУЗ РКНД МЗ РБ.

Я подтверждаю, что предоставленная мною уполномоченным работникам ГБУЗ РКНД МЗ РБ информация, содержит мои действительные персональные данные. В случае изменений моих персональных данных я обязуюсь не позднее пяти рабочих дней с даты изменения предоставить уполномоченным работникам ГБУЗ РКНД МЗ РБ подтверждающие документы. Я даю своё согласие на то, что мои персональные данные будут передаваться по запросу в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а) и даю своё согласие на передачу моих персональных данных по открытым каналам связи, в том числе электронной почте, на образовательном портале, площадке для проведения вебинаров.

Подпись _____ / _____

(расшифровка подписи)