Директору

Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Агротехнический техникум» с. Дивное Петровскому А.А.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ф.и.о.

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон сот. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас принять меня на курс подготовки профессии: **«Тракторист-машинист сельскохозяйственного производства» категории «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

С Уставом, лицензией, образовательными программами и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность ознакомлен.

Согласен предоставить свои персональные данные:

**Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Место работы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Должность** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Образование**: Высшее, Н\высшее, средне-специальное, среднее

Нужное подчеркнуть

**Паспортные данные** \_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем, когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Открытые категории «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», водительский стаж \_\_\_\_\_\_ лет.

Серия номер удостоверения тракториста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

водительское удостоверение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Номер и дата выдачи медицинской справки** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Обязуюсь представить медицинскую справку до конца первой недели обучения***

***категории граждан, которым предоставляется скидка по оплате за обучение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Согласие на обработку и распространение персональных данных**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | |
| (фамилия, имя, отчество, субъекта персональных данных) | | | | |
| Зарегистрированный (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
| Основной документ, удостоверяющий личность | | | | |
| Паспорт | | |  | |
|  | | | (серия, номер) | |
| Выдан | | |  | |
|  | | (сведения о дате выдачи и выдавшем органе) | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

В соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ даю согласие: ГБПОУ АТ с. Дивное, ул. Вокзальная 16. ИНН 2602006652 на обработку и распространение моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личности; сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем органе, адрес регистрации, адрес проживания, образование, в т.ч. сведения о документах подтверждающих его; профессия, сведения о местах работы, номер СНИЛС, адрес электронной почты, номера телефонов, данные документов, подтверждающие льготы, данные медицинских справок, необходимых в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных актов для реализации образовательных программ, в том числе с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий и совершение над ними следующих действий: обработку, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменения), подтверждение, использование, уничтожение по истечения срока действия Согласия, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона «О персональных данных». Образовательное учреждение вправе включать обрабатываемые персональные данные обучающегося в списки, реестры и отчетные форы, предусмотренные нормативными документами и локальными актами, а также передавать данные по защищенным каналам связи для включения в федеральный реестр документов об образовании.

Согласие действует с момента подписания и до момента прекращения хранения личных дел, или его отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, расшифровка подписи, субъекта персональных данных)