Ректору

федерального государственного автономного образовательного учреждения

высшего образования

«Московский политехнический университет»

В.В. Миклушевскому

от \_{{ full\_name\_gent }}

*Фамилия Имя Отчество*

{{ phone }}, {{ email }}

*телефон, e-mail*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на дополнительную профессиональную программу

профессиональной переподготовки

**«\_\_{{ program\_name }}\_\_»**

О себе сообщаю следующее:

1. Ф. И. О. (полностью)\_\_\_\_\_\_\_{{ full\_name }}\_\_\_

2. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_{{ birth\_date }}\_

3. Паспортные данные\_{{ passport\_number }}, {{ passport\_given\_by }}, {{ passport\_given\_date }} \_

*(номер, серия, кем выдан, дата выдачи, код подразделения)*

4. Адрес регистрации \_\_{{ registration\_address }}\_

Адрес проживания\_\_\_\_{{ living\_address }}\_\_\_

5. Сведения об образовании\_\_\_\_\_{{ education\_info }} \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *что окончил и когда (или планируемая дата окончания обучения), специальность, квалификация*   
6. СНИЛС: \_\_\_\_{{ SNILS }}\_\_\_

7. ИНН: \_\_\_\_{{ INN }} \_\_\_\_

8. Занимаемая должность на момент обучения студент Московского Политехнического Университета, факультет/институт\_\_\_\_\_\_\_\_{{ workname }} \_\_\_\_\_

Направление подготовки/специальность\_\_\_\_\_{{ speciality }}\_\_

Профиль подготовки\_\_\_{{ profile\_and\_group[0] }}\_ Группа\_{{ profile\_and\_group[-1] }}\_

Я даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных на основании частей 9 и 10 статьи 98, пункта 2 части 15 статьи 107 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», и постановления Правительства Российской Федерации от 26 августа 2013 г. № 729. «О федеральной информационной системе «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении». (формирование и ведение Федерального реестра сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ {{ date }} г.  
 подпись дата

ЗАЯВЛЕНИЕ ДВУСТОРОННЕЕ – ПРОВЕРЬТЕ, ЗАПОЛНЕНА ЛИ ОБРАТНАЯ СТОРОНА!

Я, {{ full\_name }} ,

*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) Субъекта персональных данных)*

в соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 №152-ФЗ даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных (далее – ПД) в течение 5 лет с момента подписания заявления в необходимом для получения дополнительного образования в ФГАОУ ВО «Московский политехнический университет» объеме.

**Адрес и наименование оператора, получающего разрешение на обработку ПД:** 107023, г. Москва, Б. Семеновская ул., д. 38; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Московский политехнический университет».

**Цель обработки ПД:** обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, обеспечении личной безопасности, обеспечение сохранности имущества оператора, Субъекта ПД и третьих лиц, статистические или иные научные цели при условии полного обезличивания ПД.

**Перечень ПД, на обработку которых даю согласие:** фамилия, имя, отчество; пол; число, месяц и год рождения; место рождения; адрес; сведения об образовании; номера телефонов; реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство;реквизиты документа об образовании; иные данные, предусмотренные законодательством РФ.

**Перечень действий с ПД, на совершение которых даю согласие:** сбор, систематизация, накопление, распространение, хранение, уточнение, передача, обезличивание, блокирование, уничтожение.

**Способы обработки ПД:** на бумажных носителях, с помощью информационной системы ПД.

**Порядок отзыва согласия по инициативе Субъекта ПД:** субъект ПД в любой момент имеет право отозвать свое согласие в необходимом объеме на основании письменного заявления.

Кто рекомендовал Вам пройти обучение по программе дополнительного профессионального образования:

- отдел маркетинга,

- внешняя реклама,

- знакомые, родственники

- сотрудник Московского Политеха:

ФИО сотрудника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_{{ date }}\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись

ОЗНАКОМЛЕН:

- с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности и приложений к ней;

- с правилами приема в Университет на обучение по дополнительным профессиональным программам;

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

подпись