

Форма заявления обучающегося о зачислении – может заполняться в электронном виде

Главному врачу
ГБУЗ «Московская городская
онкологическая больница № 62 ДЗМ»
Каннеру Дмитрию Юрьевичу
от (фамилия, имя, отчество, занимаемая
должность, контактная информация)

Заявление

Прошу зачислить меня на (индивидуальный/групповой) цикл повышения квалификации по теме («наименование цикла») объемом (18/36/72/108/144) учебных часа/ов, в период времени с «___» _____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г.

(дата)

(подпись)

(ФИО)

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, приложением к ней, Уставом, Правилами внутреннего распорядка ознакомлен (а)

(подпись)

«СОГЛАСОВАНО»

Заведующая Учебным центром
_____/Горбунова И.П.

Обучающиеся, представившие заведомо ложные документы (информацию), несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Форма заявки на обучение от юридического лица – оформляется на бланке учреждения

Главному врачу
ГБУЗ «Московская городская
онкологическая больница № 62 ДЗМ»
Каннеру Дмитрию Юрьевичу

Заявка на обучение

(Полное название учреждения) просит Вас организовать (индивидуальный/групповой) цикл повышения квалификации (наименование цикла) объемом (18/36/72/108/144) учебных часа/ов в период времени с « » 20 г. по « » 20 г. для нашего сотрудника/сотрудников (фамилия, имя, отчество; занимаемая должность).

Оплату обучения гарантируем.

Руководитель учреждения

(подпись)

(ФИО)

М.П.

Исп. (Фамилия Имя Отчество)
Тел. (рабочий номер телефона)

Форма заявки на обучение от физического лица – может заполняться в электронном виде

**Главному врачу
ГБУЗ «Московская городская
онкологическая больница № 62 ДЗМ»
Каннеру Дмитрию Юрьевичу**
*от (фамилия, имя, отчество, занимаемая
должность, название учреждения, город,
контактная информация)*

Заявка на обучение

Прошу Вас организовать для меня *(индивидуальный/групповой)* цикл повышения квалификации *(наименование цикла)* объемом *(18/36/72/108/144)* учебных часа/ов в период времени с « » 20 г. по « » 20 г.

(дата)

(подпись)

(ФИО)

Документы сверены: _____ / _____

**СПИСОК ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ДЛЯ ЗАЧИСЛЕНИЯ
НА КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

1. Договор возмездного оказания услуг по обучению и акт приемки-сдачи работ с печатью и подписью «Заказчика», направившего учреждения (по 2 экз. с синей печатью).
2. Оригинал действующего сертификата, подлежащего продлению.
3. Ксерокопия трудовой книжки, заверенная печатью отдела кадров (за последние 10 лет) и подписью сотрудника отдела кадров. Последняя запись в трудовой книжке должна быть дополнена словами «Работает по настоящее время».
4. Заверенная в отделе кадров копия диплома о высшем образовании
5. Заверенные в отделе кадров копии всех дипломов, а также аттестатов усовершенствований и удостоверений об окончании ординатуры, интернатуры, аспирантуры, о присвоении врачебной категории за последние 10 лет (при наличии)
6. Копия 1 и 2 листа паспорта.
7. Копия СНИЛС
8. Платежное поручение.
9. Обязательно наличие медицинской книжки (копия или выписка) и сведений о прививках.
10. ПЦР-анализ на коронавирусную инфекцию.

Согласие на обработку персональных данных
Наименование оператора, получающего согласие субъекта персональных данных

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Московская городская онкологическая больница № 62
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «МГОб № 62 ДЗМ»)**

Адрес оператора:
143515 Московская область, г. Красногорск, п. Истра, д.27, стр. с 1 по 26.

(Ф.И.О. субъекта персональных данных)

(Адрес, где зарегистрирован субъект персональных данных)

(Номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

Даю своё согласие на обработку следующих персональных данных:

1. фамилия, имя, отчество;
2. сведения о дате и месте рождения;
3. сведения о документе, удостоверяющем личность;
4. сведения о месте регистрации по месту жительства, о регистрации по месту пребывания, о месте жительства;
5. сведения о всех документах об образовании;
6. сведения о факте получения образовательных услуг у оператора персональных данных, о виде и форме получаемого (полученного) образования, наименовании подразделения оператора персональных данных в котором проходит (проходил) учебный процесс, сроки обучения;
7. сведения об учёной степени

в целях: подготовки проектов гражданско-правовых соглашений на оказание образовательных услуг, оказания мне образовательных услуг; подготовки документов об образовании; подготовки внутренних и внешних отчётов оператора персональных данных об образовательной и научной деятельности; передачи по запросам уполномоченных государственных органов; передачи информации о факте и результатах обучения по запросам научно-медицинских и медицинских организаций; передачи информации о фамилии, имени и отчестве, о виде и форме получаемого (полученного) образования, наименовании подразделения оператора персональных данных в котором проходит (проходил), сведения об учёной степени для публикации в научных изданиях

Даю своё согласие на совершение следующих действий с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Даю своё согласие на использование следующих способов обработки моих персональных данных:

- с использованием средств автоматизации (автоматизированная обработка);
- без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка);
- смешанная обработка.

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует до момента его отзыва мной заявлением в письменном виде.

Дата: _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)