

Ректору  
ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России  
Карякину Н.Н.

от \_\_\_\_\_  
(ФИО слушателя полностью)

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить меня слушателем в Академию дополнительного образования обучающихся ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России для обучения по программе дополнительной профессиональной переподготовки «Информационные системы в медицине» с «04» сентября 2024 г. по «17» июня 2025 г.

Даю согласие на:

- обработку персональных данных в соответствии с законом 152-ФЗ от 27.07.2006, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и использование в целях реализации учебного процесса и подготовки статистической отчетности;
- хранение копий документов, необходимых для приема на обучение и формирования личного дела слушателя в соответствии с действующим Положением о порядке зачисления и отчисления слушателей Академии дополнительного образования обучающихся ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России;
- передачу копий документов, необходимых для прохождения комплексной оценки в университете Иннополис.

Дата:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись:

Ознакомлен(а) с документами, регламентирующими образовательную деятельность в ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Дата:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись:

Сообщаю о себе следующие сведения:

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Адрес местожительства \_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Дата:

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись: