**ГАПОУ РК «Петрозаводский базовый медицинский колледж»**

# **УЧЕТНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

|  |
| --- |
|  1. Наименование цикла профессионального обучения |
|

|  |
| --- |
|  |
| 2. Сроки проведения: |  |

**Фамилия, имя, отчество заполняются ПЕЧАТНЫМИ буквами** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Фамилия |   |
|  Имя |  |
|  Отчество |  |
| 4. Дата рождения |  |
| 5. Паспорт (серия, №)  |  |
| 6. Адрес по регистрации (по паспорту) |
|  |

 7. Адрес проживания во время обучения (фактический)  |
|

|  |
| --- |
|  |
| 8. Контактный телефон |  |

 9. Учебное заведение, которое окончил(а)  |
|

|  |
| --- |
|  |
| 10. Диплом (аттестат) серия |  | № |  |
| выдан |  |
| 11. Специальность по диплому (при наличии) |  |
| 12. Место работы  |  |
| 13. Должность  |  |
| 14. Электронная почта (email) |  |
| 15. Свидетельство (справка) о заключении/расторжении брака (серия, №) |
|  |

 16. Прохождение стажировки согласовано с  |
|

|  |
| --- |
|  |

(наименование учреждения) |
|  17. Оплата обучения: самостоятельно / организация |
|  (нужное подчеркнуть) |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата |  | Подпись |  |

 |

**СОГЛАСИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
| зарегистрированный (ая) по адресу:  |
|  |
| документ, удостоверяющий личность:  |  | серия |  | номер |  |
| выдан  |  |
| кем |  | , |

действующий в своих интересах в соответствии п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие государственному автономному профессиональному образовательному учреждению Республики Карелия «Петрозаводский базовый медицинский колледж» (далее – ГАПОУ РК «Петрозаводский базовый медицинский колледж»), юридический адрес: г. Петрозаводск, ул. Советская, 15 – на обработку и передачу моих персональных данных в организации и предприятия города, с целью создания необходимых условий для реализации Федеральных законов, Указов Президента Российской Федерации, Постановлений Правительства Российской Федерации, Постановлений Правительства Республики Карелия и иных нормативно-правовых актов.

Мои персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: фамилию, имя, отчество; год, месяц, дату рождения; место рождения; номер и серию основного документа, удостоверяющего личность; сведения о регистрации по месту жительства или пребывания; сведения о наградах, медалях, поощрениях, почетных званиях; регистрационные данные (ИНН, СНИЛС); сведения о платежных реквизитах (№ счета в банке, почтовое отделение, № пластиковой карты); информация об образовании (наименование образовательного учреждения, сведения о документах, подтверждающие образование: наименование, номер, дата выдачи, специальность); информация о трудовой деятельности и стаже (место работы, должность, общий стаж, страховой, календарный, оплачиваемый); данные о группе инвалидности; семейное положение и состав семьи (муж/жена, дети).

Действия с моими персональными данными включают в себя передачу (распространение) сторонним организациям моих персональных данных для начисления заработной платы, пенсионных, налоговых и иных выплат, и иных целей, связанных с деятельностью ГАПОУ РК «Петрозаводский базовый медицинский колледж» для целей реализации моих прав и законных интересов, а также иными, не связанными с осуществлением предпринимательской деятельности, услугами.

Информация передается по защищенному каналу связи с использованием информационно-телекоммуникационных сетей или иными, предусмотренными законодательством способами.

Настоящее согласие действует с момента предоставления и прекращается по моему письменному заявлению (отзыву), согласно п. 1 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», согласие может быть отозвано при условии письменного уведомления оператора не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения использования данных оператором.

Я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация является верной и полной.

|  |  |
| --- | --- |
|  ФИО  |  |
| Подпись |  |
| Дата |  |