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

# **УЧЕТНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

1. Наименование цикла повышения квалификации

|  |  |
| --- | --- |
| «Медицинская помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 для средних медицинских работников» | |
| 2. Сроки проведения: |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Фамилия |  | | | |
| Имя |  | | | |
| Отчество |  | | | |
| 4. Дата рождения | |  | | |
| 5. Паспорт (серия, №) | | |  | |
| 6. Адрес регистрации (по паспорту) | | | | |
|  | | | | |
| 7.  Контактный телефон | | | |  |

8. Учебное заведение, которое окончил(а)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| 9. Диплом серия | |  | | № |  |
| выдан |  | | | | |
| 10. Специальность по диплому | | |  | | |
| 11. Место работы | |  | | | |
| 12. Должность | |  | | | |
| 13. Электронная почта (e-mail) | | |  | | |

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