# ОБРАЗЕЦ НА БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

*С вопросами по заполнению заявки обращаться по тел. (8-4852) 72-46-27*

Директору ГБУ ЯО ПСС ЯО

Хохолькову И.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО слушателя)

**З А Я В К А**

Прошу зачислить меня в группу для обучения по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации **для ответственных должностных лиц, занимающих должности главных специалистов технического и производственного профиля, должностных лиц, исполняющих их обязанности, на объектах защиты, предназначенных для проживания или временного пребывания 50 и более человек одновременно (за исключением многоэтажных жилых домов), объектов защиты, отнесенных к категориям повышенной взрывопожароопасности, взрывопожароопасности, пожароопасности**. Оплату за оказанные услуги гарантирую в размере, установленном договором.

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование организации |  |
| ФИО руководителя организации, |  |
| Юридический адрес организации |  |
| Почтовый адрес организации |  |
| Телефон/факс, код города |  |
| БАНК |  |
| Р/счет |  |
| ИНН/КПП |  |
| БИК |  |
| К/счет |  |

Приложение:

1. Анкета слушателя
2. Согласие слушателя на обработку персональных данных

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

**Анкета слушателя**

1. Ф.И.О. (полностью, печатными буквами)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Место работы (название организации, фактический адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Образование: среднее профессиональное , высшее , иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Диплом серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рег.№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год окончания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ образовательное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рабочий телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

**Согласие слушателя на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г., в соответствии с №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», письмом Рособразования от 29.07.2009 № 17-110 «Об обеспечении защиты персональных данных», №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» **даю согласие на обработку моих персональных данных** государственному бюджетному учреждению Ярославской области «Пожарно-спасательная служба Ярославской области», расположенному по адресу: 150000, г.Ярославль, ул.Революционная, д.28 (далее – Оператор), с целью внесения данных в «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении».

**В перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие,** входит: фамилия, имя, отчество; дата рождения; паспортные данные (серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ; СНИЛС, образование, место работы; занимаемая должность, контактный и рабочий телефоны, электронная почта, данные о зачислении, номер группы; информация о прохождении учебного процесса и его результатах.

**Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:**

* сбор, хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
* использование персональных данных в целях, обозначенных выше.

Я проинформирован, что Оператор гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ как автоматизированным, так и неавтоматизированным способами.

Кроме того, даю согласие считать мои фамилию, имя, отчество, форму обучения, направление подготовки, результаты зачисления, номер группы, информацию о прохождении учебного процесса и его результатах **общедоступными персональными данными.**

**Согласие на обработку персональных данных действует в течение срока обучения и на период хранения – 5 лет.**

Данное мною согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению. С момента получения уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных, а также при прекращении обучения Оператор обязан прекратить обработку персональных данных, указанных в настоящем Согласии, и (или) уничтожить персональные данные в течение трех дней с момента получения данного отзыва. Требование об уничтожении не распространяется на персональные данные, для которых нормативными правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения отношений в области образования.

При достижении целей обработки персональные данные подлежат уничтожению по истечении одного месяца с даты достижения таких целей.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)