Ректору ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России В.Н. Павлову от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

студента \_\_\_\_\_\_ группы \_\_\_ курса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факультета

проживающего (ей) по адресу:

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

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

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

Освоил (а) основную образовательную программу высшего медицинского (фармацевтического) образования в объеме (или имею диплом) \_\_\_\_\_\_\_ курсов по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к сдаче экзамена по осуществлению медицинской деятельности по следующим должностям среднего фармацевтического персонала: фармацевт.

О себе сообщаю следующие сведения:

Число, месяц, год и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом, лицензией, свидетельством о государственной аккредитации, положением о сдаче экзамена, программой экзамена, правилами обжалования решения комиссии по приему экзамена ознакомлен (а). Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения заявления

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

**Согласие на обработку персональных данных обучающихся и на передачу моих персональных данных третьей стороне**

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

*(Ф.И.О.)*

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)*

**выражаю согласие** на обработку моих персональных данных ***Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*** (далее-Оператор), находящегося по адресу: ***гор. Уфа, ул. Ленина, д.3***, являясь обучающимся своей волей и в своем интересе в целях информационного обеспечения для формирования общедоступных источников персональных данных (справочников, адресных книг, календарей памятных дат, информации в СМИ и на сайте университета и т.д.), включая действия по сбору, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), распространению (в том числе передаче) и уничтожению моих персональных данных, входящих в следующий перечень общедоступных сведений:

1. фамилия, имя, отчество;
2. контактный телефон и адрес электронной почты;
3. сведения об образовании и месте работы до поступления в вуз;
4. иные сведения, специально предоставленные мной для размещения в личном деле.

Для целей обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, обеспечения личной безопасности, мониторинга и контроля образования, безналичных платежей на мой счет, **выражаю согласие на получение и передачу моих персональных данных третьей стороне** путем подачи и получения запросов в отношении подразделений университета, в государственные и негосударственные функциональные структуры: министерство здравоохранения и социального развития РФ, министерство здравоохранения РБ, налоговые инспекции; правоохранительные органы; служба судебных приставов; военкоматы; страховые организации ОМС, пенсионные фонды (в том числе негосударственные), банковские учреждения, обслуживающие предприятие. государственных органов и организаций, банковские учреждения; для этих целей дополнительно к общедоступным сведениям могут быть получены или переданы сведения о:

1. дате рождения,
2. гражданстве,
3. доходах,
4. паспортных данных,
5. предыдущих местах учебы,
6. идентификационном номере налогоплательщика,
7. свидетельстве государственного пенсионного страхования,
8. допуске к сведениям, составляющим государственную тайну,
9. социальных льготах и выплатах, на которые я имею право в соответствии с действующим законодательством.

Вышеперечисленное согласие на обработку и передачу моих персональных данных представлено с учетом п.2 ст.6 и п.2 ст.9 Федерального закона от 27. 07. 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которыми обработка персональных данных, осуществляемая на основе федерального закона, либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления. Всю ответственность за неблагоприятные последствия отзыва или непредставления согласия беру на себя.

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Подпись обучающегося ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

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