|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Директору АПОУ УР «РМК МЗ УР»  Н.А.Мыльниковой  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. (отчество при наличии))* |

**АНКЕТА - ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

Прошу Вас зачислить меня на обучение с «\_\_\_\_».\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_».\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации (профессиональной переподготовки) / основной программе профессионального обучения / дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе *(нужное подчеркнуть)*« \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» *наименование программы, срок обучения, форма обучения (очная, очно-заочная, заочная),*

реализуемой с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий / без применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий *(нужное подчеркнуть)*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |
| Образование: основное общее среднее общее среднее профессиональноевысшее | |
| Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Выписка из трудовой книжки за последние 10 лет *(для заполнения специалистами с медицинским образованием)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Период работы | Наименование организации | Должность |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- Я подтверждаю отсутствиеу меня медицинских противопоказаний на усвоение конкретной образовательной программы.

- Я подтверждаю, что имею возможность обучения с использованием дистанционных образовательных технологий (ДОТ), а именно: имею в наличии компьютер, доступ к сети Интернет, зарегистрированный электронный адрес почтового ящика в сети Интернет со своим личным ником **(*пункт для зачисляемых на обучение с применением ДОТ).***

- Я ознакомлен (на), что Доступ к Личному кабинету СДО является персональным и не передается третьим лицам. АПОУ УР «РМК МЗ УР» не несет ответственность за убытки и иные неблагоприятные последствия, возникшие в результате доступа третьих лиц к Личному кабинету обучающегося в результате разглашения или утраты им авторизационных (учетных) данных**(*пункт для зачисляемых на обучение с применением ДОТ).***

- Обязуюсь ознакомиться с учредительными документами АПОУ УР «РМК МЗ УР» и локальными нормативными актами Исполнителя, касающимися образовательного процесса на официальном сайте в сети «Интернет» – <https://rmkur.ru/>.

- Все указанные в настоящем заявлении (анкете) данные верны и принадлежат мне, и я готов(а) нести все риски, связанные с указанием мной некорректных данных.

- Я подтверждаю, что отсканированное изображение настоящей анкеты имеет юридическую силу оригинала.

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

К настоящему заявлению (анкете) прилагаю следующие документы:

1. Копия диплома (о среднем или высшем медицинском или фармацевтическом образовании) / или копия справки об обучении для граждан, которые находятся в процессе получения высшего или среднего профессионального образования, на \_\_\_\_ л. в 1 экз*. (для зачисляемых на обучение по дополнительным профессиональным программам)*
2. Копия документа, подтверждающий факт изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), на \_\_\_\_ л. в 1 экз.*(если в дипломе об образовании указаны иные, от имеющихся на данный момент данные)*
3. Согласие обучающегося (18 лет и старше) на обработку персональных данных, на \_\_\_\_ л. в 1 экз.
4. Согласие обучающегося (18 лет и старше) на обработку персональных данных,разрешенных субъектом персональных данных для распространения, на \_\_\_ л. в 1 экз