

Ректору  
федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский  
университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации (ФГБОУ ВО «ПИМУ»  
Минздрава России)  
Карякину Н.Н.  
от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить меня слушателем на цифровую кафедру ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России для обучения по программе профессиональной переподготовки «Информационные системы в медицине» с «03» апреля 2023 г. по «01» апреля 2024 г.

Даю согласие на

- обработку персональных данных в соответствии с законом 152-ФЗ от 27.07.2006, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение) и использование в целях реализации учебного процесса и подготовки статистической отчетности;
- хранение копий документов, необходимых для приема на обучение и формирования личного дела слушателя в соответствии с действующим Положением о порядке зачисления и отчисления слушателей в Бизнес школе ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России.

Дата:

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

Подпись:

Ознакомлен(а) с документами, регламентирующими образовательную деятельность в ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Дата:

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

Подпись:

Сообщаю о себе следующие сведения:

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспорт Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Адрес местожительства \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Дата:

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

Подпись: