

Центр дополнительного образования

**РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА СЛУШАТЕЛЯ**

(профессиональное обучение на основе договоров об оказании платных образовательных услуг)

**Вид обучения:** профессиональное обучение по профессиям рабочих и должностям служащих

**Наименование программы профессиональной подготовки** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Наименование программы повышения квалификации** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Период обучения:** с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Продолжительность обучения** \_\_\_\_\_ ч. **Форма обучения:** очная    **Номер договора:** \_\_\_\_\_

**Наименование плательщика:** \_\_\_\_\_  
(наименование организации или ФИО физического лица)

**ФИО слушателя** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_ **Возраст** \_\_\_\_\_

**Паспорт:** серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

**Номер СНИЛС**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Образование:**

наименование образовательного учреждения (ОУ) \_\_\_\_\_

документ об образовании \_\_\_\_\_, серия, номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

ФИО в документе об образовании \_\_\_\_\_

документ о смене фамилии \_\_\_\_\_ серия, номер \_\_\_\_\_

**Сведения о профессиональной деятельности (в соответствии с записью в трудовой книжке):**

место работы \_\_\_\_\_

подразделение (отделение, кабинет) \_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_

стаж работы: общий медицинский \_\_\_\_\_ лет; в учреждении \_\_\_\_\_ лет; по занимаемой должности \_\_\_\_\_ лет

**Адрес регистрации на территории РФ:** почтовый индекс 

--	--	--	--	--	--

 \_\_\_\_\_

**Адрес по месту проживания** (заполнить графу, если адрес фактического проживания отличается от адреса регистрации)

почтовый индекс 

--	--	--	--	--	--

 \_\_\_\_\_

**Мобильный телефон**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 \_\_\_\_\_

**Адрес электронной почты**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 \_\_\_\_\_

Дата заполнения: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.          Подпись слушателя: √ \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

В соответствии с Законом «Об информации, информатизации и защите информации» № 149-ФЗ от 27.07.2006 г. и Федерального закона РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. согласен(а) на обработку моих персональных данных, с целью осуществления учебного процесса, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, в период обучения в ГАПОУ СО «СОБМК». Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления.

Подпись слушателя: √ \_\_\_\_\_

Директору ГАПОУ СО «СОБМК» Морозову И. А.

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место работы, должность, общий медицинский стаж

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации по месту  
жительства \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е.

Прошу зачислить меня на обучение по программе профессионального обучения -

программе профессиональной подготовки по профессиям рабочих и должностям служащих

\_\_\_\_\_  
(наименование программы)

продолжительностью \_\_\_\_\_ ч.

программе повышения квалификации по профессиям рабочих и должностям служащих

\_\_\_\_\_  
(наименование программы)

продолжительностью \_\_\_\_\_ ч.

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

#### Подтверждаю:

Я знаком(а) с Положением «Об использовании электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации программ дополнительного образования в ГАПОУ СО «СОБМК» и имею необходимые организационно-технические условия, в частности:

- наличие электронной почты
- наличие персонального компьютера (ноутбука); наличие компьютерной периферии (аудиоколонки и/или наушники);
- доступ к информационно-телекоммуникационной сети Интернет в режиме 24 часа в сутки 7 дней в неделю без учета объемов потребляемого трафика за исключением перерывов для проведения необходимых ремонтных и профилактических работ при обеспечении совокупной доступности услуг не менее 99,5% в месяц;
- наличие браузера;
- наличие программы Adobe Acrobat Reader DC или аналогичного программного обеспечения для просмотра документов pdf-формата.

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

Подпись слушателя: V \_\_\_\_\_