

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору ГБПОУ НО  
«Арзамасский медицинский колледж»  
Трофимовой Галине Александровне

Фамилия Имя Отчество: \_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество поступающего)

Дата рождения: \_\_\_\_\_ контактный телефон: \_\_\_\_\_

(дата, месяц, год рождения)

(8-xxx-xxx-xx-xx)

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

(E-mail поступающего)

Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ кем выдан: \_\_\_\_\_

когда выдан: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня в ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж» на специальность \_\_\_\_\_ по очной форме обучения, за счет бюджетных ассигнований бюджета Нижегородской области.

Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году образовательное учреждение \_\_\_\_\_.

Документ об образовании: \_\_\_\_\_; серия, номер: \_\_\_\_\_; дата выдачи: \_\_\_\_\_ г.

Результаты освоения образовательной программы основного общего образования, указанные в представленном документе государственного образца об образовании (средний балл) составляет \_\_\_\_\_ баллов.

(подпись абитуриента)

В общежитии не нуждаюсь, проинформирован(а) об отсутствии общежития: \_\_\_\_\_

(подпись абитуриента)

Нуждаюсь в необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (при их наличии) в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья /да, нет/ (нужное подчеркнуть): \_\_\_\_\_

(подпись абитуриента)

При зачислении прошу учесть наличие индивидуальных достижений:

(реквизиты документа(ов), подтверждающие наличие достижений)

При зачислении прошу учесть наличие договора о целевом обучении:

(реквизиты договора о целевом обучении)

Среднее профессиональное образование получаю впервые, повторно (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(подпись абитуриента)

Вышеуказанные сведения подтверждаю. Ознакомлен(а) с тем, что за предоставление недостоверных сведений несу ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

(подпись абитуриента)

С Уставом, Лицензией на право осуществления образовательной деятельности в сфере профессионального образования (серия 52Л01 № 0003189 от 11.12.2015г., регистрационный № 1339), Свидетельством о государственной аккредитации (серия 52А01 № 0002101 от 21.01.2016г., регистрационный № 2496) ознакомлен(а).

(подпись абитуриента)

С правилами приема, условиями обучения в ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж» ознакомлен(а).

(подпись абитуриента)

С сроками, способом предоставления уведомления о намерении обучаться (16 августа 2021 года до 17:00) ознакомлен(а).

(подпись абитуриента)

Дополнительные сведения:

Контактные данные родителя (законного представителя)

(ФИО полностью, номер телефона)

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

/\_\_\_\_\_ /

Подпись секретаря приемной комиссии \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Данные абитуриента внесены в систему ФИС ГИА и Приема «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

/\_\_\_\_\_ /

**Согласие  
на обработку персональных данных студента (абитуриента)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_  
(когда и кем выдан)

настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных, необходимых в целях исполнения образовательных услуг **Государственным бюджетным профессиональным образовательным учреждением Нижегородской области «Арзамасский медицинский колледж»** (юридический адрес: 607220, Россия, Нижегородская область, город Арзамас, площадь Соборная, дом 7, тел. (83147) 9-42-45) (далее – оператор).

К персональным данным поступающего (не являющимися специальными и биометрическими) относятся: фамилия, имя отчество; пол; год, месяц, дата рождения; место рождения; гражданство; паспортные данные; анкетные данные, предоставленные мною при зачислении в образовательное учреждение или в процессе учебы (в том числе - автобиография, сведения о семейном положении и членах семьи, перемене фамилии, наличии детей и иждивенцев); данные о месте жительства, почтовый адрес; личный номер телефона; данные, содержащиеся в личном деле; данные, содержащиеся в свидетельстве государственного пенсионного страхования; данные, содержащиеся в свидетельстве о медицинском страховании; данные, содержащиеся в свидетельстве о постановке на налоговый учет; документы об образовании, профессиональной переподготовке, повышении квалификации, стажировки (если таковые имеются); документы о результатах региональных и всероссийских олимпиад, соревнований, конкурсов и смотров; расчетный счет (при наличии); сведения о всех видах стипендий и иных доходах; сведения об успеваемости и посещаемости; данные приказов о зачислении, переводах, выпуске (отчислении), приказов о поощрениях и взысканиях и прочее; данные документа воинского учета (только для военнообязанных и лиц, подлежащих призыву на военную службу); данные иных документов, которые с учетом специфики образовательного учреждения и в соответствии с законодательством Российской Федерации должны быть предъявлены мною в период образования (медицинские заключения, при прохождении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров и пр.); данные, подтверждающие право на получение социальных льгот и выплат.

К биометрическим данным относятся: фотография; ксерокопия документов с фото, удостоверяющих личность.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях: корректного документального оформления правоотношений между мною и оператором; предоставления информации в государственные органы Российской Федерации в порядке, предусмотренным действующим законодательством; предоставления информации в медицинские учреждения, страховые компании; обеспечения предоставления мне социальных выплат; включения оператором в целях информационного обеспечения в общедоступные источники (сайт оператора <https://arzmedcol.ru>, образовательный портал оператора <http://lms.arzmedcol.ru>).

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам - при производственной необходимости), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными несовершеннолетнего, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Оператор гарантирует, что обработка моих персональных данных осуществляется как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами, в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», с которыми я ознакомлен (а). Права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Данное Согласие действует с момента его подписания и до истечения сроков, установленных действующим законодательством Российской Федерации. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

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

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка (Фамилия И.О.)

\_\_\_\_\_

дата