

З А Я В К А

на заключение договора о целевом обучении
по образовательной программе

высшего образования

(среднего профессионального образования, высшего образования) (выбрать нужное)

1. Полное наименование заказчика целевого обучения по образовательной программе высшего образования
(среднего профессионального образования, высшего образования) (выбрать нужное)

(далее – заказчик): Министерство здравоохранения
Олеңзенской области

2. Идентификационный номер предложения заказчика о заключении договора или договоров о целевом обучении по образовательной программе

высшего образования

(среднего профессионального образования, высшего образования) (выбрать нужное)

(далее – предложение) на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений "Работа в России":

81815

3. Дата размещения предложения на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений "Работа в России":

04.06.2024

4. Я, Иванов Иван Иванович,
(фамилия, имя, отчество (при наличии),

01.02.2000 г.р., паспорт 0201 044333, выдан 05.02.2000 г.
дата рождения, паспортные данные: серия, номер, когда и кем выдан,

ОБН г. Олєңза, код подразделения 000-111
333016, г. Олєңза, ул. Малорєнная, д.1, кв.2.
место регистрации

заявляю о намерении заключить договор о целевом обучении по образовательной программе

высшего образования

(среднего профессионального образования, высшего образования) (выбрать нужное)

с заказчиком на условиях, указанных в предложении.

5. Обязуюсь в случае поступления на целевое обучение по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в пределах

установленной квоты в соответствии с характеристиками освоения образовательной программы, указанными в предложении, заключить договор о целевом обучении по образовательной программе высшего образования в соответствии с предложением (указывается в случае, если заявка подается гражданином, поступающим на целевое обучение по образовательным программам высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в пределах установленной квоты).

6. Подтверждаю, что я соответствую требованиям, предъявляемым заказчиком к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении*.

Приложение: 1. Согласие законного представителя несовершеннолетнего гражданина – родителя, усыновителя или попечителя (далее – законный представитель) на заключение договора о целевом обучении (в случае если гражданин не приобрел дееспособность в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации) на ____ л.

2. Заявление о согласии на обработку персональных данных на 1 л.

3. Документы, подтверждающие соответствие гражданина требованиям, предъявляемым к гражданам, с которыми заключается договор о целевом обучении:
_____ на ____ л.
_____ на ____ л.

4. Иные документы:
_____ на ____ л.
_____ на ____ л.


(подпись)


(фамилия, имя, отчество (при наличии))

"24" 04 2024 г.

* Настоящая форма заявки может быть дополнена пунктами, предусмотренными Положением о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 27 апреля 2024 г. № 555 "О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования".

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся/законный представитель/ (ФИО полностью) Иванов Иван Иванович
Иван Иванович
паспорт: серия 0101 номер 044333 выдан (когда и кем) 05.02.2000,
ОБВ г. Пенза, код подразделения: 000-111.
проживающий(-ая) по адресу: 333016 г. Пенза ул. Меморенная,
д.1. кв.2
телефон 8(999)111-00-00, E-mail: mesil@yandex.ru

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова" Минздрава России, по адресу: 117997, г. Москва, улица Академика Опарина дом 4, (далее -Операторы) моих персональных данных (далее - ПДн) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность) в целях заключения договора о целевом обучении по образовательным программам высшего образования с составлением всех заявлений, информационных писем, приказов и иных сопутствующих документов, а также для осуществления прямых контактов со мной с помощью средств связи, СМС оповещения, электронной почты, при условии надлежащего хранения персональных данных. Представляю Оператору право на совершение следующих действий с ПДн: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (при условии, что обработка ПДн будет осуществляться лицами, обязанными сохранять конфиденциальную информацию), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие дано мной на использование следующих способов обработки ПДн: - неавтоматизированная обработка; - автоматизированная обработка в информационных системах персональных данных; - смешанная обработка. Операторы вправе обрабатывать мои ПДн посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной документации, а также договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования.

Настоящее согласие действует в течение срока действия договора и двадцати пяти лет с момента его окончания, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи мною письменного заявления в адрес оператора ПДн, не менее, чем за тридцать дней до даты отзыва согласия.

Я проинформирован(а) о праве на получение сведений об Операторах ПДн, праве на ознакомление с моими ПДн, праве требовать их уточнения, блокирования или уничтожения в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии с ч. 3 ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», до начала обработки моих персональных данных, оператор ПДн предоставил мне информацию о своем наименовании, адресе, о целях их обработки, ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПДн и, установленных законом, правах субъекта ПДн.

Настоящее согласие дано мной « 24 » 04 2024 года и действует 25 (двадцать пять) лет:

Иванов (подпись) (Иванов Иван Иванович) (ФИО полностью)