Приложение.

Форма заявления

Директору

ФБУН НИИ эпидемиологии

и микробиологии имени Пастера,

академику РАН, профессору Тотоляну Арегу Артемовичу

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*фамилия, имя, отчество*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата рождения) (индекс, адрес)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия, номер, кем и когда выдан)*

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(мобильный, домашний)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

## Прошу допустить меня к вступительным экзаменам и участию в конкурсе на право поступления в аспирантуру по направлению подготовки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## *(направление подготовки)*

## направленность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по очной/заочной форме обучения в

## *(наименование направленности подготовки)*

## рамках контрольных цифр приема/по договору об оказании платных образовательных услуг.

## *(нужное подчеркнуть)*

Предыдущий уровень образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(высшее – специалитет/магистратура)*

Документ об образовании:

Диплом\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер) (наименование ВУЗа)*

Решением Государственной аттестационной комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

присуждена квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по специальности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата выдачи диплома)*

Наличие опубликованных работ, изобретений, патентов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать количество работ в соответствии с прилагаемым списком научных трудов)*

Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(диплом об образовании и квалификации с отличием; удостоверение о сдаче кандидатских экзаменов, дипломы, грамоты, патенты по результатам НИР и т.п.)*

Владею иностранным языком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать каким)*

Подтверждаю получение данного уровня высшего образования **в рамках контрольных цифр впервые**.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры) или диплома кандидата наук (при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний: **да/нет**

*(для граждан с ограниченными возможностями здоровья)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(документ, подтверждающий ограниченные возможности здоровья или инвалидность)*

**Ознакомлен:**

* с лицензией на право осуществления образовательной деятельности (с приложением);
* порядком приема и условиями обучения в НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера;
* с правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний;
* с Этическим кодексом обучающихся медицине;
* с датой завершения представления оригинала диплома специалиста (магистра) / согласия на зачисление

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если поступающий не представляет указанный документ при подаче заявления о приеме)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Указать способ возврата оригиналов поданных документов в случае непоступления на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(оригиналы поданных документов прошу вернуть лично/доверенному лицу/иным способом)*

Достоверность сведений, указанных в заявлении, и подлинность документов подтверждаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

**Согласие на обработку персональных данных**

**для обучающихся в аспирантуре**

*Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. субъекта персональных данных)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Адрес, где зарегистрирован субъект персональных данных)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Номер основного документа, удостоверяющего личность,*

*сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)*

даю своё согласие на обработку в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», моих персональных данных в ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера (далее - Учреждение), относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество, сведения о дате и месте рождения, сведения о документе, удостоверяющем личность, сведения о месте регистрации по месту жительства, о регистрации по месту пребывания, о месте жительства, сведения о документах об образовании, сведения о факте получения образовательных услуг в Учреждении, о виде и форме получаемого (полученного) образования, наименовании подразделения Учреждения в котором проходит (проходил) учебный процесс, сроки обучения, сведения об учёной степени.

Я даю свое согласие на использование персональных данных исключительно в целях подготовки проектов гражданско-правовых соглашений на оказание образовательных услуг, оказания мне образовательных услуг; подготовки документов об образовании; подготовки внутренних и внешних отчётов об образовательной и научной деятельности; передачи по запросам уполномоченных государственных органов; передачи информации о факте и результатах обучения по запросам образовательных, научных и медицинских организаций; передачи информации о фамилии, имени и отчестве, о виде и форме получаемого (полученного) образования, наименовании подразделения оператора персональных данных в котором проходит (проходил), сведения об учёной степени для публикации в научных изданиях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения), сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Я проинформирован, что Учреждение гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации неавтоматизированным, автоматизированным, смешанным способом

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любой момент по письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая свое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Телефон домашний (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (инициалы, фамилия)*