

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору ГАПОУ ТО  
«Тобольский медицинский  
колледж им. В.Солдатова»  
Данилиной Н.В.



|  |  |
|--|--|
| Фамилия _____<br>Имя _____<br>Отчество _____<br>Дата рождения « _____ » _____<br>Место рождения _____<br>_____ | Гражданство _____<br>Документ, удостоверяющий личность _____<br>_____<br>Серия _____ Номер _____<br>Когда и кем выдан « _____ » _____<br>_____ |
|--|--|

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по образовательной программе СПО в ГАПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. В.Солдатова» по специальности, в порядке приоритетности:

| № приоритета | Специальность (форма обучения) | Код специальности и квалификация |  |
|--------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
|              |                                | Код                              | Наименование квалификации                |
|              | Лечебное дело                  | 31.02.01                         | Фельдшер                                 |
|              | Сестринское дело               | 34.02.01                         | Медицинская сестра/медицинский брат      |
|              | Акушерское дело                | 31.02.02                         | Акушерка (акушер)                        |
|              | Фармация                       | 33.02.01                         | Фармацевт                                |
|              | Стоматология профилактическая  | 31.02.06                         | Гигиенист                                |
|              | Лабораторная диагностика       | 31.02.03                         | Лабораторный диагност                    |
|              | Технология эстетических услуг  | 43.02.12                         | Специалист в области прикладной эстетики |

по очной;  очно - заочной (вечерней) форме обучения

На места, финансируемые: из  федерального бюджета;  с полным возмещением затрат

#### О себе сообщаю следующее:

| Получил (а) следующее образование | Год окончания | Средний балл |
|-----------------------------------|---------------|--------------|
| Общеобразовательное учреждение    |               |              |
| Образовательное учреждение НПО    |               |              |
| Образовательное учреждение СПО    |               |              |
| Образовательное учреждение ВПО    |               |              |

Аттестат / Диплом Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

Медаль (аттестат, диплом «с отличием»), победитель всероссийских олимпиад (член сборной)

Изучаемый иностранный язык: \_\_\_\_\_

В общежитии нуждаюсь / не нуждаюсь  
(нужное подчеркнуть)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Среднее специальное образование получаю **впервые / не впервые**  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, «Правилами приема», условиями обучения в данном образовательном учреждении и правилами подачи апелляции ознакомлен:

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

В случае предоставления поступающими сведений, не соответствующих действительности, образовательное учреждение вправе вернуть документы поступающему

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Расписка о приеме документов мною получена, правильность указанных в ней сведений

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

В соответствии со ст.9 ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку персональных данных моих / моего ребёнка *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего (родителей, законных представителей)*

**Подпись технического секретаря приемной комиссии:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*Подпись/ расшифровка подписи*

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **2018 г.**

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ (Ф. И. О.) (далее Субъект), **даю СОГЛАСИЕ** ГАПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. В.Солдатова» (далее – Оператор) на обработку своих персональных данных (список приведен в п.3) на следующих условиях:

1. Даю согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, использование данных сотрудниками Оператора (общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в ФЗ №152 от 27.07.2006 г.) в период сдачи вступительных испытаний, а в случае поступления в Тобольский медицинский колледж на период обучения, в целях информационного обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности колледжа и в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством. Оператор может раскрыть правоохранительным органам любую информацию по официальному запросу в случаях, установленных законодательством в стране проживания Субъекта.

2. В соответствии с правилами приема даю согласие на опубликование на официальном сайте Оператора своих результатов вступительных испытаний.

3. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку: **фамилия, имя и отчество, дата и место рождения, сведения о местах предыдущего обучения (город, образовательное учреждение, сроки обучения, данные документов об образовании), сведения о месте регистрации, проживания, паспортные данные, сведения о воинском учете для военнообязанных, сведения, необходимые для получения льгот, сведения о процессе обучения в колледже, информация, используемая в системах контроля и управления доступом на территории ГАПОУ ТО «Тобольский медицинский колледж им. В.Солдатова», успеваемость, контактная информация.**

4. Настоящее согласие действует в течение срока хранения личного дела.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **2018 г. Личная подпись абитуриента** \_\_\_\_\_

Заявление № \_\_\_\_\_ принято « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018 г.

Правильность заполнения заявления и предоставленных данных, наличие соответствующих документов подтверждаю

Ответственный секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

расшифровка