|  |
| --- |
| Ректору ФГБОУ ВО «Марийский |
| государственный университет»  Швецову М.Н.  фамилия, инициалы |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество заявителя полностью) |
| проживающего (ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес постоянной регистрации) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение с 01 февраля по 04 февраля 2025 г. в объеме 36 часов по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Организация деятельности тренера-преподавателя по бадминтону»

О себе сообщаю следующие сведения:

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дом.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(сот.)

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим даю согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Марийский государственный университет», место нахождения: город Йошкар-Ола, площадь Ленина, д.1 (далее - Учреждение) на обработку моих персональных данных/персональных данных представляемого лица, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Согласие дается свободно, своей волей и в своем интересе/в интересе представляемого лица.

Согласие дается в целях организации и проведения обучения по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Организация деятельности тренера-преподавателя по бадминтону»

Согласие распространяется на следующие персональные данные: фамилия, имя и отчество субъекта персональных данных, год, месяц, дата и место рождения субъекта персональных данных, а также любая иная информация, относящаяся к личности субъекта персональных данных, доступная, либо известная в любой конкретный момент времени Учреждению.

Обработка персональных данных может быть как автоматизированная, так и без использования средств автоматизации.

Отзыв настоящего согласия осуществляется предоставлением в Учреждение подлинника такого отзыва, непосредственно или по почте.

В случае изменения моих персональных данных в период обучения в Учреждении обязуюсь сообщать об этом в десятидневный срок.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне понятны.

Подтверждаю ознакомление с Уставом ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет», Лицензией на осуществление образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации, Правилами внутреннего распорядка, образовательной программой.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Министерство науки и высшего образования Российской Федерации**  **федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  **высшего образования**  **«Марийский государственный университет»**  **Центр дополнительного образования и профессионального обучения** |
|  |  |  |
| **ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование программы** | *«Организация деятельности тренера-преподавателя по бадминтону»* |
| **Вид программы** | *программа повышения квалификации* |
| **Период обучения** | 01 февраля - 04 февраля 2025 г. |
| **Фамилия, имя, отчество** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Место рождения** |  |
| **Паспортные данные:** | |
| **Серия, номер** |  |
| **Кем выдан паспорт** |  |
| **Дата выдачи** |  |
| **Адрес регистрации** |  |
| **Контактный телефон** |  |
| **Уровень образования (**высшее/среднее профессиональное**)** |  |
| **Фамилия, указанная в дипломе о высшем образовании или среднем профессиональном образовании** |  |
| **Какое учебное заведение закончил,**  **Специальность, квалификация** |  |
| **Серия и номер диплома** |  |
| **Дата выдачи диплома** |  |
| **Место работы, должность** |  |
| **Стаж работы, лет** |  |
| **СНИЛС** |  |
| **Гражданство** |  |

Подпись слушателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года