Ректору ФГБОУ ДПО РМАНПО

 Минздрава России

 академику РАН

 Д.А. Сычеву

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИКРЕПЛЕНИИ ДЛЯ СДАЧИ**

**КАНДИДАТСКИХ ЭКЗАМЕНОВ**

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

фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью

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

(наименование научной специальности и отрасли науки, по которым подготавливается диссертация)

Прошу прикрепить меня для сдачи кандидатских экзаменов:

(отметить нужное)

🞏 История и философия науки

🞏 Иностранный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать, какой)

 🞏 Специальная дисциплина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в соответствии с темой диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук)

Информирован(а) об ответственности за подлинность документов, подаваемых для прикрепления.

*Я,*

*(Ф.И.О.)*

*зарегистрированный(ная) по адресу: \_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *паспорт серия* |  | *№* |  | *, выдан* |  | *,* |  |
|  |  |  |  |  | *(дата)* |  | *(кем выдан)* |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, зарегистрированного по адресу: 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр.1, на обработку, систематизацию, хранение, использование, обезличивание, уничтожение моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении.*

*Свои персональные данные, содержащиеся в заявлении, предоставляю для обработки в целях соблюдения Федерального закона Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 273- ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и иных нормативно-правовых актов для реализации полномочий, возложенных на ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России действующим законодательством.*

*Я ознакомлен(а), что:*

*1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока прикрепления для подготовки и/или сдачи кандидатских экзаменов в ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;*

*2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;*

*3) после отчисления из ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России персональные данные хранятся в ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.*

Контактные телефоны: городской \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail.ru.

Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

 (расшифровка подписи)

 « \_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.