|  |  |
| --- | --- |
| **АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ** | |
|  | |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |
| Гражданство |  |
| Пол |  |
| СНИЛС |  |
| Адрес (по паспорту) |  |
| Адрес (для корреспонденции) |  |
| E-MAIL (ЛИЧНЫЙ) |  |
| Мобильный телефон (ЛИЧНЫЙ) |  |
| **Документ, удостоверяющий личность** | |
| Вид |  |
| Серия |  |
| Номер |  |
| Кем и когда выдан |  |
| Код подразделения |  |
| **Сведения об образовании** | |
| Документ об образовании |  |
| Уровень образования ВО/СПО |  |
| Наименование образовательного учреждения |  |
| Год окончания |  |
| Фамилия указанная в дипломе о ВО или СПО |  |
| Серия документа о ВО/СПО |  |
| Номер документа о ВО/СПО |  |
| Направление, специальность, квалификация |  |
| **Данные о работе** | |
| Место работы |  |
| Занимаемая должность |  |
| Юридический адрес организации |  |
| E-MAIL (ОРГАНИЗАЦИИ) |  |
| ТЕЛЕФОН/ФАКС (ОРГАНИЗАЦИИ) |  |
| **ДОСТОВЕРНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЕННЫХ СВЕДЕНИЙ ПОДТВЕРЖДАЮ** | |
| Дата заполнения анкеты |  |
| Подпись слушателя |  |

**Согласие на обработку персональных данных**

**слушателя курсов повышения квалификации**

Ректору АНО ВО МВА

Ершову Петру Петровичу

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

*Ф. И. О. слушателя*

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

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

*фамилия, имя, отчество*

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

*вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан, дата выдачи*

,

*адрес прописки (регистрации)*

занимающий (ая) должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование должности*

в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование учреждения*

даю согласие на обработку своих персональных данных (Ф.И.О., пол, возраст, дата рождения, СНИЛС, трудовой стаж по профессии, место работы, район, должность, уровень образования (серия и номер документа о ВО/СПО и фамилия на которую он выдан)) в документальной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом с целью наиболее полного исполнения АНО ВО МВА своих обязанностей, обязательств, компетенций и формирования статистических и аналитических отчетов.

Настоящее согласие действительно в течение трех лет.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Права, в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в АНО ВО МВА, ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  личная подпись заявителя |