|  |  |
| --- | --- |
|  | Генеральному директору ЧОУ ДПО «НЦДОП»  Л.Ю. Шемятихиной |

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ**

(подключение на платформу дистанционного обучения с видеодемонстрацией, материалами и итоговым тестом на срок от 3 до 5 рабочих дней; без отрыва от работы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Учреждение | |  | |
| Юридический адрес | |  | |
| Руководитель (ФИО полностью, должность) | |  | |
| Реквизиты для заключения договора (указываются, если оплату производит организация) | |  | |
| Контактное лицо, e-mail, сот./ раб. тел. | |  | |
| Даты предыдущего обучения по первой помощи | |  | |
| Указать обязательные фразы для договора согласно ФЗ по закупкам (при наличии) | |  | |
| Планируемые сроки обучения (с какой даты) | |  | |
| Планируемая дата заключения договора, если обучение не будет организовано в текущем месяце | |  | |
| **Документ, который планирует получить работодатель на работников?** | | | |
| **Документ** | **Направляемые документы для зачисления от заказчика на каждого обучающегося (сканкопии)** | | **Количество человек** |
| свидетельство 8 час. (400 руб.), *актуально до 28.02.2022* | согласие (цвет) | |  |
| удостоверение 16 час. (500 руб.) на базе профессионального образования, для педагогических работников | заявление-согласие (цвет),  паспорт (личные данные с пропиской), диплом о профобразовании (без приложения), документ о смене ФИО (при расхождении данных) | |  |

**Список работников**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **ФИО полностью**  **(по паспорту)** | **СНИЛС** | **Должность по штатному расписанию** | **E-mail** | Дата рождения  (00.00.0000)**2** | Серия, № диплома о профессиональном образовании (НПО/СПО/ВО), дата выдачи (00.00.0000), фамилия в дипломе**[[1]](#footnote-1)** |
|  |  |  |  |  |  |  |

Оплату услуг по заявке согласно выставленному Исполнителем счету гарантируем.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. М.П.

Генеральному директору ЧОУ ДПО «НЦДОП»

Л.Ю. Шемятихиной

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

проживающего(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес по месту регистрации с индексом)*

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на дополнительную профессиональную программу –

|  |
| --- |
| **программа повышения квалификации «Обучение педагогических работников навыкам оказания первой помощи в рамках реализации статьи 41 Федерального закона от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»** |

О себе сообщаю дополнительные сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Паспортные данные |  |
|  |
|  |
| СНИЛС (для внесения информации в ФИС ФРДО) |  |
| Дата рождения |  |
| Место работы и должность, телефон, e-mail |  |
|  |
|  |
| Образование (учреждение, специальность, квалификация, год окончания) |  |
|  |
|  |
|  |
| Телефон моб. |  |
| E-mail |  |
| Почтовый адрес с индексом (для получения документов), если обучение оплачивается самостоятельно |  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

* **копия страниц паспорта с личными данными и адресом регистрации.**

**Оплата будет осуществляться** (подчеркнуть): за счет средств физического лица или юридического лица.

Со свидетельством о государственной регистрации, уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности и приложениями к ней, с образовательной программой и учебной документацией, документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности в ЧОУ ДПО «НЦДОП» ознакомлен (а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Фамилия И.О.)

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

**Согласие на обработку персональных данных**

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

*(Фамилия, Имя, Отчество)*

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями Федерального закона № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Частным образовательным учреждением дополнительного профессионального образования «Национальный центр деловых и образовательных проектов», 620073, г. Екатеринбург, Крестинского, д. 44 – оф. 901А, ИНН 6685085719, ОГРН 1156600000512 (далее – Оператор) в процессе образовательной деятельности.

Сведения об информационных ресурсах Оператора: не планируется получение и размещение персональных данных через или на информационных ресурсах Оператора.

Цель (цели) обработки персональных данных: обеспечения реализации уставных целей в сфере дополнительного профессионального образования и профессионального обучения: создание необходимых условий для оформления документов по зачислению граждан на образовательные программы, подключения к платформе дистанционного обучения и электронной библиотеке, организации образовательного процесса, оформления документов об образовании и (или) о квалификации, документов об обучении, передача сведений в ФИС ФРДО.

К персональным данным, содержащимся в копиях документов, на обработку которых дается мое согласие, относятся:

* паспортные данные - фамилия, имя, отчество, дата (месяц и год) рождения, домашний адрес;
* сведения о выданных по результатам обучения документов об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении (специальность/направление подготовки, профиль, квалификация, номер и серия бланка документа, рег. номер и дата выдачи),
* сведения о смене ФИО (при наличии),
* сведения о номере СНИЛС;
* сведения о месте работы и должность,
* контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты и почтовый адрес субъекта персональных данных).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление), обезличивание, блокирование, если субъектом персональных данных не предусмотрено другое (подчеркнуть в перечне запрещаемые действия).

Передача персональных данных оператором неограниченному кругу лиц с обязательным выбором одного из следующих значений: не запрещено, если субъектом персональных данных не предусмотрено иное (подчеркнуть - не запрещено, запрещено).

Обработка персональных данных неограниченным кругом лиц с обязательным выбором одного из следующих значений: не запрещено, если субъектом персональных данных не предусмотрено иное (подчеркнуть - не запрещено; запрещено; не запрещено, с условиями).

Условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором: с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, если субъектом персональных данных не предусмотрено иное (подчеркнуть - не указано, только по внутренней сети, без передачи по сети).

Срок действия согласия на обработку персональных данных: вступает в силу со дня подписания и действует до полного исполнения Оператором обязательств по договору, и внесения сведений в ФИС ФРДО и реестр обученных по охране труда лиц в установленные законом сроки.

Раскрытие Оператором персональных данных субъекта неопределенному кругу лиц не допускается.

Я подтверждаю, что мне известно о праве запретить частичное или полное использование персональных данных и их обработку, передачу, действия по обработке, а также отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством направления заявления в адрес Оператора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Фамилия И.О.)

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

1. **Заполняется при обучении с выдачей удостоверения**

   **Заявка отправляется в форматах pdf и doc** [↑](#footnote-ref-1)