

Министру здравоохранения  
Красноярского края

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина  
полностью)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(когда и кем выдан)

Место проживания (пребывания) \_\_\_\_\_

Контактный телефон (адрес электронной  
почты) \_\_\_\_\_

### Заявление

#### об участии в отборе на предоставление образовательного сертификата

В соответствии с Законом Красноярского края от 02.04.2020 № 9-3836 «Об обеспечении системы здравоохранения края квалифицированными медицинскими кадрами» прошу предоставить мне образовательный сертификат для обучения по основной образовательной программе высшего медицинского образования \_\_\_\_\_

(специалитет, ординатура - указать нужное)

по направлению подготовки (специальности) \_\_\_\_\_

(указать направление подготовки (специальность))

Договор об оказании платных образовательных услуг заключен  
с \_\_\_\_\_

(указать наименование образовательной организации)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(указать номер и дату договора об оказании платных образовательных услуг)

Уведомление о принятом решении прошу направить \_\_\_\_\_

(указать выбранный способ: посредством почтовой связи, электронной почты, заберу лично (нарочным), в форме электронного документа в личный кабинет федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» или краевого портала государственных и муниципальных услуг)

Настоящим даю министерству здравоохранения Красноярского края (660017 г. Красноярск, ул. Красной Армии, 3) согласие на обработку моих персональных данных, включая выполнение действий по сбору, записи, систематизации, накоплению, хранению, уточнению (обновлению, изменению), извлечению, обезличиванию, блокированию, удалению, использованию моих

персональных данных, необходимых для внесения в информационные системы министерства здравоохранения Красноярского края, передачи другим органам и организациям в целях осуществления контроля за прохождением мною обучения по основной образовательной программе высшего медицинского образования специалитета (ординатуры) и выполнения трудовых функций в медицинской организации, подведомственной министерству здравоохранения Красноярского края и определенной названным министерством.

Перечень персональных данных, на обработку которых мною дается согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол, гражданство, сведения о документе, удостоверяющем личность, семейное положение, адрес места жительства (пребывания), номер телефона, адрес электронной почты, сведения об образовании, о дополнительной подготовке, об итогах промежуточной аттестации, о договоре о подготовке в государственной образовательной организации высшего медицинского образования или научной организации, расположенной на территории Красноярского края, осуществляющей образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам высшего медицинского образования и дополнительным профессиональным программам, с применением образовательного сертификата по программе специалитета или ординатуры (далее – договор).

Настоящее согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения мною обязательств, предусмотренных договором.

Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Приложение:

1. Копия паспорта на \_\_\_ л в 1 экз.
2. Копия договора об оказании платных образовательных услуг на \_\_\_ л в 1 экз.
3. Справка из образовательной организации на \_\_\_ л в 1 экз.
3. Копия СНИЛС.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
подпись, расшифровка подписи