

**Первому проректору по учебно-воспитательной работе Частного учреждения  
образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»**  
От гр.

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____	Гражданство _____ Паспортные данные: серия _____ номер _____ Когда и кем выдан: _____ г. _____ _____
---	---

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_  
(индекс, адрес постоянной прописки)

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_  
(если не соответствует адресу места регистрации)

СНИЛС \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
(домашний) (сотовый) (рабочий)

Окончившего(ей) \_\_\_\_\_  
(Год окончания, наименование учебного заведения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение по программе повышения квалификации

по специальности \_\_\_\_\_

Выполняемая работа \_\_\_\_\_

(наименование, адрес предприятия, должность)

Общий трудовой стаж к моменту поступления в данное высшее учебное заведение \_\_\_\_\_

Стаж работы по данной специальности (в данной должности) к моменту поступления в данное высшее учебное заведение \_\_\_\_\_

«О деятельности и преимуществах обучения в Медицинском университете «Реавиз» мне стало известно: \_\_\_\_\_

*С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами внутреннего распорядка, правилами приема, образовательной программой, моими правами и обязанностями, условиями договора платных образовательных услуг Медицинского университета «Реавиз», ознакомлен(а), согласен (а):*

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

*Подтверждаю, что Медицинский университет «Реавиз» довел до меня информацию о реализации программы (ее части) с применением дистанционных образовательных технологий, что обеспечило возможность правильного выбора программы*

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

*В порядке, установленном Федеральным законом от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, на срок: до и во время моего обучения:*

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.