

Содержит персональные данные

Регистрационный номер _____
(присваивается приемной комиссией)

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России,
профессору В.А. Лазаренко

OT

Фамилия Имя Отчество Дата рождения Место рождения	Гражданство: Документ, удостоверяющий личность, ПАСПОРТ Серия _____ № _____ Когда и кем выдан: СНИЛС
---	---

Проживающего (ей) по адресу (прописка):

телефон (дом., моб.):

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по направлениям подготовки (специальностям) **высшего образования (программа специалитета и бакалавриата)**, по договорам об оказании платных образовательных услуг в соответствии с моим выбором в следующем приоритетном порядке:

№	Специальность/ направление подготовки (очная форма обучения)	Приоритет
1		
2		
3		
4		
5		

[illegible]

Порядок приоритетного поступления по направлениям подготовки подтверждаю _____
(подпись поступающего)

Прошу засчитать в качестве вступительных испытаний результаты ЕГЭ по следующим предметам:

[illegible]

Прошу учесть следующие индивидуальные достижения _____

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям, проводимым университетом самостоятельно по следующим общеобразовательным предметам:

Для сдачи вступительных испытаний, проводимых университетом самостоятельно, имею следующее основание _____

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (для инвалидов) _____

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в 20____ году (поставить галочку напротив одного из нижеследующих вариантов)

Общеобразовательное учреждение

Образовательное учреждение начального профессионального образования

Образовательное учреждение среднего профессионального образования

Образовательное учреждение высшего образования

Другое _____.

Находящиеся (населенный пункт) _____

Реквизиты документа об образовании (название, серия, номер, кем и когда выдан) _____

Победитель (призер) всероссийских олимпиад (член сборной): являюсь / не являюсь

Трудовой стаж (если есть): ____ лет, ____ мес.

Иностранный язык: английский / немецкий / французский / испанский / другой (указать): _____ / не изучал(а).

При поступлении имею следующие особые права (инвалид, сирота и др.) _____

Документ, подтверждающий особые права _____

Общежитие: нуждаюсь / не нуждаюсь

Высшее / среднее профессиональное образование данного уровня получаю

впервые / не впервые _____

(подпись поступающего)

Способ возврата оригиналов документов (лично / по почте / другое _____)

(подпись поступающего)

« _____ » _____ 20 ____ г.

с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
с правилами приема, утвержденными организацией самостоятельно, а также с документами и информацией, указанными в части 2 статьи 55 Федерального закона N 273-ФЗ ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
Подтверждаю, что подал(а) заявление в не более чем пять вузов, включая организацию, в которую подается данное заявление	(подпись поступающего)
Подтверждаю, что подал(а) заявление в Университет не более чем на 5 специальностей/направлений подготовки	(подпись поступающего)
с датами завершения приема оригиналов документов об образовании ознакомлен	(подпись поступающего)
с правилами подачи апелляций по результатам вступительных испытаний, проводимых Университетом самостоятельно, ознакомлен	(подпись поступающего)

Заявление принял(а) (подпись ответственного лица приемной комиссии) _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ
Минздрава России
профессору В.А. Лазаренко
абитуриента(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

тел. _____

уведомление.

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

подтверждаю, что на момент подачи документов в приемную комиссию ФГБОУ
ВО КГМУ Минздрава России был уведомлен о необходимости прохождения
медицинского осмотра.

Дата _____

Подпись _____ / _____ /
(Ф.И.О. абитуриента(ки))

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ

Минздрава России

профессору В.А. Лазаренко

абитуриента(ки) _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

тел. _____

заявление.

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

прошу приобщить к документам моего личного дела копию паспорта для использования в образовательном процессе данных, содержащихся в ней, а также ее дальнейшего хранения в личном деле.

Дата _____

Подпись _____ / _____ /
(Ф.И.О. абитуриента(ки))

Согласие на обработку персональных данных абитуриента		
Я,		
	(фамилия)	(имя)
		(отчество)
	(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)
	(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)
зарегистрированный по адресу:		
(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах; личное фото; СНИЛС		
и даю согласие на их обработку на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)		
включаящую сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение		
своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3		
с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации		
на срок: 1 год с момента подписания данного согласия.		
Порядок отзыва согласия указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.		
Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».		
Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.		
Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.		
«	»	20 г.
		(личная подпись)
		(инициалы, фамилия)
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
«	»	20 г.
		(должность)
		(личная подпись)
		(инициалы, фамилия)
Согласие на распространение персональных данных абитуриента		
Я,		
	(фамилия)	(имя)
		(отчество)
	(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)
	(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)
зарегистрированный по адресу:		
(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе: ☐ все, нижеуказанные, либо: ☐ фамилия, имя, отчество; ☐ дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности; ☐ адрес регистрации и фактического проживания; ☐ сведения об образовании; ☐ сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; ☐ сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; ☐ сведения о наградах и личных достижениях; ☐ контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах; ☐ личное фото; СНИЛС		
и даю согласие на их передачу (распространение): на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации)		
своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3		
с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации		
на срок: 1 год с момента подписания данного согласия.		
Порядок отзыва согласия на распространение персональных данных указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.		
Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».		
Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные для распространения являются полными, актуальными и достоверными.		
Я обязуюсь своевременно извещать об изменении своих персональных данных, предоставленных для распространения.		
«	»	20 г.
		(личная подпись)
		(инициалы, фамилия)
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
«	»	20 г.
		(должность)
		(личная подпись)
		(инициалы, фамилия)

Согласие на обработку персональных данных родителя в случае заключения договора об обучении на внебюджетной основе

Согласие на обработку персональных данных		
Я,		
(фамилия)	(имя)	(отчество)
(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу:		
(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе: фамилия, имя, отчество; данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; место работы; контактные номера телефонов и даю согласие на их обработку на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации) включающую сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3 с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на срок: 1 год с момента подписания данного согласия. Порядок отзыва согласия указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ. Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона № 152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных». Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными. Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.		
« » 20 г.	(личная подпись)	(инициалы, фамилия)
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
« » 20 г.	(должность)	(личная подпись) (инициалы, фамилия)
Согласие на распространение персональных данных		
Я,		
(фамилия)	(имя)	(отчество)
(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу:		
(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе: ☐ все, нижеуказанные, либо: ☐ фамилия, имя, отчество; ☐ данные, содержащиеся в удостоверении личности; ☐ адрес регистрации и фактического проживания; ☐ место работы; ☐ контактные номера телефонов и даю согласие на их передачу (распространение): на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации) включающую сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение своей волей и в своих интересах федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу: Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3 с целью организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на срок: 1 год с момента подписания данного согласия. Порядок отзыва согласия на распространение персональных данных указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ. Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов: осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона № 152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных». Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными. Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.		
« » 20 г.	(личная подпись)	(инициалы, фамилия)
Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность		
« » 20 г.	(должность)	(личная подпись) (инициалы, фамилия)

СОГЛАСИЕ

НА ПЕРЕДАЧУ ДАННЫХ НА ЕПГУ (ЕДИНЫЙ ПОРТАЛ ГОСУСЛУГ) В СЕРВИС ПРИЕМА

Я,	_____	_____	_____
	(фамилия)	(имя)	(отчество)
	(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
	(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу:	_____		
	(адрес)		
разрешаю передачу информации: о ходе и результатах рассмотрения заявления о приеме и иных заявлений, поданных мною в ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, результатах вступительных испытаний и ЕГЭ, индивидуальных достижениях, наличии преимущественных прав и льгот, представлении согласия на зачисление и оригинала документа об образовании, об информации о зачислении в Сервис Приема ЕПГУ с целью организации и проведения приемной кампании 2023 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Порядок передачи данных осуществляется в соответствии с требованиями Положения о функционировании Суперсервиса "Поступление в ВУЗ онлайн" в рамках приемной кампании 2023/24 учебного года, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 26 января 2023 года № 89 : « _____ » _____ 20 _____ г. _____ (личная подпись) (инициалы, фамилия)			