

Форма заявления о приёме на обучение по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре

Директору
ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

инициалы, фамилия

от

Ф. И. О.

должность, место работы

адрес регистрации
(место жительства по паспорту)

почтовый, домашний адрес

адрес электронной почты, телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня, _____

Ф. И. О.,

_____, гражданина _____,
дата рождения _____ гражданство / отсутствие гражданства _____

реквизиты документа, удостоверяющего личность, в том числе реквизиты выдачи указанного документа (кем и когда выдан)

имеющего образование _____
сведения о предыдущем уровне (уровнях) образования и документе (документах) об образовании, его подтверждающем

(вид документа, серия, №, кем и когда выдан)

к прохождению вступительных испытаний по специальной дисциплине, философии, иностранному языку (_____ указать язык) и участию в конкурсе на право поступления на обучение по образовательной программе высшего образования - программе подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки:

(код и наименование направления подготовки)

научной специальности:

(шифр и наименование научной специальности)

по _____ форме обучения, на условии обучения _____
(очная / очно-заочная/заочная)

в рамках контрольных цифр приёма /по договору об оказании платных образовательных услуг

на местах в пределах целевой квоты/ на местах в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты (для поступающих в рамках контрольных цифр приема)

Имею / не имею (нужное подчеркнуть) индивидуальные достижения. Сведения о них (при наличии): _____

Для лиц, сдавших кандидатский экзамен по иностранному языку до поступления на обучение по программе аспирантуры в Учреждение:

Прошу засчитать мне результат сдачи кандидатского экзамена по иностранному языку _____ указать язык): _____

(оценка, вуз и дата сдача экзамена (удостоверение о сдаче экзамена прилагается к заявлению)

Есть необходимость / нет необходимости (нужное подчеркнуть) создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Есть намерение /нет намерения сдавать вступительные испытания дистанционно (нужное подчеркнуть) по следующим дисциплинам: _____

(наименование дисциплины: специальная дисциплина, философия, иностранный язык)

Местом сдачи вступительного (ых) испытания (ий) дистанционно (при наличии намерения) будет являться: _____

(адрес места сдачи вступительного испытания дистанционно)

Способ возврата оригиналов документов, поданных для поступления на обучение (в случае непоступления на обучение и в иных случаях, установленных Правилами приема):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- представляются в Приёмной комиссии

- направляются через операторов почтовой связи общего пользования

Я ознакомлен (а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:

1) копией устава ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

(подпись)

2) копией лицензии на осуществление образовательной деятельности, и приложениями к ней (или фактом отсутствия)

(подпись)

3) копией свидетельства о государственной аккредитации и

приложениями к нему (или фактом отсутствия)

(подпись)

4) Правилами приема граждан на обучение по образовательным программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2023 году

(подпись)

5) датой завершения представления заявления о согласии на зачисление/отзыве заявления о согласии на зачисление

(подпись)

Подтверждаю:

отсутствие диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры) или диплома кандидата наук (для поступающих на обучение в рамках контрольных цифр приема)

(подпись)

Информирован (а):

об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении о приеме на обучение, и за подлинность документов, подаваемых для поступления _____

(подпись)

(подпись Поступающего)

«__» _____ 20__ г.

(_____)

(инициалы, фамилия)

Согласовано:

Ответственный секретарь

Приёмной комиссии

(_____)

(подпись) (инициалы, фамилия)

«__» _____ 20__ г

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных на обработку его персональных данных
(кроме распространения)

город Москва

_____ 2024 года

Субъект персональных данных: _____,
ФИО полностью

вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____

№ телефона(-ов): _____, адрес электронной почты: _____ почтовый адрес: _____

в лице моего представителя _____

ФИО полностью

вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность

зарегистрированного по адресу: _____

№ телефона(-ов): _____, адрес электронной почты: _____

почтовый адрес: _____

действующего

на

основании

вид, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя

заполняется при получении согласия от представителя субъекта персональных данных

Оператор: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890.

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 10.1, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» (Закона о персональных данных), в связи с поступлением на обучение, в целях получения высшего образования по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре в Учреждении (Операторе); обеспечения образовательного процесса, ведения статистики и учёта успеваемости обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре, а также контроля качества образования; обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения личной безопасности обучающихся, идентификации их личностей; начисления стипендиальных и иных выплат; предоставления Учреждением установленной действующим законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения воинского, миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные.

Моими персональными данными является любая информация, относящаяся ко мне, как к физическому лицу, указанная в документах и полученная в период моего обучения в Учреждении (Операторе), в том числе:

1) фамилия, имя, отчество, в том числе, прежние (в случае изменения), дата, место, причина их изменения; пол; дата, место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; адрес фактического места проживания; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; семейное положение; социальное положение; сведения об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, серия, №, дата выдачи диплома/свидетельства); данные о послеузовском профессиональном образовании (наименование образовательного/научного учреждения, год окончания); данные об учёной степени, учёном звании (дата присвоения, №№ дипломов, аттестатов), о квалификационной категории (удостоверение или выписка из приказа), о сертификате специалиста (серия, дата, № сертификата), об удостоверении о повышении квалификации и/или профессиональной переподготовке (серия и № сертификата); сведения о научных публикациях, изобретениях, индекс Хирша, данные, характеризующие научную деятельность; сведения о государственных наградах, иных наградах/знаках отличия; сведения о владении иностранными языками и языками народов РФ; сведения о профессии, специальности и квалификации; сведения о трудовой деятельности; характеристики, рекомендации; сведения воинского учёта; сведения о медицинских освидетельствованиях, прививочном сертификате; созданные сведения об успеваемости и посещаемости Учреждения (Оператора); результаты аттестации; идентификационный номер налогоплательщика (ИНН); номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС); сведения о стипендиальных и иных выплатах; сведения о социальных гарантиях и льготах; данные документов миграционного учёта (для иностранных граждан); иные сведения, создаваемые и получаемые Оператором от меня при зачислении, в процессе моей образовательной деятельности, при реализации отношений в сфере образования, предусмотренных и установленных действующим законодательством Российской Федерации, локальными актами Оператора, договорными отношениями Оператора со мной, а также прочие сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации;

2) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, в том числе выступлений на медицинских, научных, образовательных мероприятиях, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием (биометрические персональные данные).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемое с использованием средств автоматизации или без использования таких средств в отношении моих персональных данных, в том числе, биометрических персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие действует со дня его подписания до дня окончания приёмной кампании. А при приёме/зачислении на обучение – бессрочно.

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия и, в случае, если сохранение персональных данных более не требуется для целей обработки персональных данных, Оператор обязан уничтожить персональные данные в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления вышеозначенного заявления (отзыва). В случае отсутствия возможности уничтожения персональных данных в течение указанного выше срока, Оператор осуществляет блокирование таких персональных данных и обеспечивает уничтожение персональных данных в срок не более, чем шесть месяцев, если иной срок не установлен федеральными законами. Требование об уничтожении персональных данных не распространяется на персональные данные, для которых нормативно – правовыми актами предусмотрена обязанность их хранения, в том числе, после прекращения договорных отношений.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

подпись

_____ 2024 года

фамилия, имя, отчество полностью

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения

город Москва

_____ 2024 года

Субъект персональных данных: _____,
ФИО полностью
вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность
зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,
№ телефона(-ов): _____, адрес электронной почты: _____, почтовый адрес: _____

в лице моего представителя _____,
ФИО полностью
вид, серия, номер, дата выдачи документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность
зарегистрированного по адресу: _____,
№ телефона(-ов): _____, адрес электронной почты: _____,
почтовый адрес: _____
действующего _____ на _____ основании
вид, номер, дата выдачи документа, подтверждающего полномочия представителя

Оператор: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России), юридический адрес: 127473, город Москва, улица Достоевского, дом 4, корпус 2, ОГРН: 1026605629412, ИНН: 6663025890.

Я, как Субъект персональных данных, в соответствии с требованиями статей 9, 10.1, 11 Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» (Закона о персональных данных), в связи с поступлением на обучение, в целях получения высшего образования по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре в Учреждении (Операторе); обеспечения образовательного процесса, ведения статистики и учёта успеваемости обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре, а также контроля качества образования; обеспечения действующего в Учреждении уровня безопасности, в том числе действующего пропускного режима и контроля его соблюдения, осуществления видеонаблюдения и видеозаписи на территории и в помещениях Учреждения; обеспечения личной безопасности обучающихся, идентификации их личностей; начисления стипендиальных и иных выплат; предоставления Учреждением установленной действующим законодательством Российской Федерации отчётности и сведений в отношении физических лиц; обеспечения воинского, миграционного, статистического учёта, свободно, своей волей и в своём интересе предоставляю Оператору свои персональные данные, а также даю Оператору конкретное, информированное и сознательное согласие на обработку моих персональных данных, включая биометрические персональные данные в форме передачи (распространения, предоставления, доступа).

Действия с персональными данными, включая биометрические персональные данные, на совершение которых даётся Согласие:

- опубликование в общедоступных источниках, включая сайт Оператора в сети Интернет (https://www. https://nmrc.ru), доски объявлений, приказы, распоряжения, другие документы, следующих моих персональных данных, в том числе, биометрических персональных данных:

1) фамилия, имя, отчество (при наличии), в том числе, прежние (в случае изменения), пол; дата рождения; место рождения; гражданство; уровень и форма обучения; направление подготовки; специальность, квалификация обучения; образовательная программа; номер учебной группы обучения; сведения о результатах вступительных экзаменов; почтовый адрес; номера телефонов; адреса электронной почты; сведения о научных публикациях, учебно-методических пособиях, изобретениях, индексе Хирша и иные данные, характеризующие научную деятельность; сведения о государственных наградах, иных наградах и знаках отличия (кем награжден(-а) и когда); сведения о владении иностранными языками и языками народов Российской Федерации; сведения об успеваемости, посещаемости Учреждения (Оператора); результаты аттестации; сведения о предоставлении академического отпуска; сведения об участии в совете обучающихся, иных органах управления; сведения о результатах в области науки, творчества и сведения о стипендиальных и иных выплатах; сведения об участии в конкурсах, соревнованиях, фестивалях, конференциях, форумах и т.п.;

2) изображение лица, полученное с помощью фото-, видеоустройств, голос, полученный с помощью звукозаписывающих устройств, в том числе, видео- и фотоизображения, полученные с камер наружного и внутреннего наблюдения, массовых мероприятий, в том числе выступлений на медицинских, научных, образовательных мероприятиях, проводимых Учреждением (Оператором) или с его участием (биометрические персональные данные);

- передача информации третьим лицам для осуществления проверки информации об обучающемся в случаях, установленном действующим законодательством Российской Федерации, и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;
- передача третьим лицам сведений о документе об образовании, выданном Оператором; факте обучения, периоде обучения, результатах обучения у Оператора; направлении подготовки, специальности (в целях проверки сведений о моём образовании).

Согласие действует со дня его подписания до дня окончания приёмной кампании на обучение – бессрочно.

Согласие может быть мною отозвано посредством предоставления Оператору заявления в письменной форме о прекращении действия Согласия. Действие Согласия прекращается с момента поступления Оператору вышеозначенного заявления (требования).

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь предоставить Оператору в течении трёх рабочих дней уточнённые персональные данные. Об ответственности за достоверность предоставляемых персональных данных я предупреждён(-а).

Я устанавливаю следующие условия и запреты (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»)*:

категории и перечень персональных данных, для обработки которых субъект персональных данных

устанавливает условия и запреты, а также перечень устанавливаемых условий и запретов

Я устанавливаю следующие условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться Оператором только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно - телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных (в случае отсутствия условия и запретов строки прочёркиваются знаком «Z»)*:

Подтверждаю, что ознакомлен(-а) с Законом о персональных данных, Положением об обработке и защите персональных данных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, с моими правами и обязанностями в области защиты персональных данных, в том числе, с возможными последствиями в случае моего отказа от Согласия.

подпись

2024 года

фамилия, имя, отчество полностью