

от \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество полностью

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение в ООО «Сервис Центр «Безопасность труда» по программе:

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

Форма обучения: \_\_\_\_\_  
(Очная или Дистанционная)

Период обучения: с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(заполняется методистом Учебного центра после зачисления на курс)

#### О себе сообщаю следующие сведения:

Окончил (-а) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_  
*название образовательной организации, указанное в документе об образовании,*

\_\_\_\_\_  
*серия, номер, дата выдачи документа об образовании, фамилия, на которую он выдан*

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан (кем, когда):

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, уставом, правами и обязанностями обучающихся, с образовательными программами и другими локальными нормативными актами расположенными в открытом доступе на сайте: <http://scbtns.com/about/svedeniya-ob-obrazovatelnoy-organizacii/dokumenty>, регламентирующими образовательную деятельность,

ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
подпись поступающего

Даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия; имя; отчество; дата рождения; серия и номер документа, удостоверяющего личность или его заменяющего; наименование образовательной организации, дата выдачи, номер и серия документа об образовании, фамилия, на которую он выдан; номер телефона, СНИЛС, связанных с приемом и обучением в ООО «Сервис Центр «Безопасность труда» без ограничения срока действия.

\_\_\_\_\_  
подпись поступающего

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
И.О. Фамилия поступающего