Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Директору КГПОБУ

«Камчатский педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

|  |  |
| --- | --- |
| От:  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Индекс почтовой связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и/или участию в конкурсе для поступления на **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форму обучения** КГПОБУ «Камчатский педагогический

*очную/заочную*

колледж» по направлению \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*на базе (основного общего образования/среднего общего образования/начального профессионального образования –*

***нужное вписать)***

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_году общеобразовательное учреждение (название)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(населенный пункт)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательное учреждение начального профессионального образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Аттестат «с отличием» □ Да/ □ нет /Диплом «с отличием» □ Да/ □ нет

Средний балл по аттестату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В школе/ВУЗе изучал(а) какой иностранный язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный статус **(льготы на основании представленных документов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

*(инвалид, сирота, правительственные льготы)*

**ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Многодетная семья | Беженцы | Переселенцы | Коренные народы Севера |
|  |  |  |  |

Общежитие: нуждаюсь, □ не нуждаюсь □.

Создание специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья.

нуждаюсь □ не нуждаюсь □.

Информацию о колледже получил(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать источник информации: Интернет, СМИ и т.д.)*

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

**К заявлению прилагаю**:

□ Аттестат/□Диплом серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата*

(оригинал и/или копия);

□ Документ, удостоверяющий личность (копия первой страницы и страницы регистрации);

□ Фотографии размером 3х4: 6 шт.— девушкам и 12 шт.— юношам;

□ Копия полиса медицинского страхования (обе страницы);

□Мед.документы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Копия свидетельства о регистрации физического лица в налоговой инспекции (ИНН)

□ Копия пенсионного страхового свидетельства (СНИЛС);

□ Копия военного билета, приписного свидетельства (для юношей)

□ Для поступающих на специальность «Физическая культура» **документы, подтверждающие наличие разряда или квалификационная книжка спортсмена (копия).**

□ Другие документы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся. При проведении приема на конкурсной основе поступающему предоставляется также информация о проводимом конкурсе и об итогах его проведения **ознакомлен (а).**

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

*(подпись абитуриента)*

\***Предупрежден(а)** об ограниченном количестве мест. Обязуюсь в случае успешной сдачи вступительных испытаний или успешного участия в конкурсе для поступления, не позднее 16 августа текущего года, а на отделение Физическая культура до 10 августа текущего года предоставить оригиналы документов (в противном случае на зачисление не претендую и претензий не имею).

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

*(подпись абитуриента)*

\*Среднее профессиональное образование за счет бюджетных ассигнований получаю впервые, об ответственности, за предоставление недостоверных данных **предупрежден(а).**

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

*(подпись абитуриента)*

\*Даю согласие на проведение занятий в дистанционной форме обучения **в случае необходимости.**

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

*(подпись абитуриента)*

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

*(подпись секретаря п/комиссии)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г. *(подпись абитуриента)*

Зачислен на \_\_\_ - й курс приказом от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственный секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*подпись расшифровка*

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных студента**

**в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О.

паспорт,серия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан

(кем выдан, дата выдачи)

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

настоящим даю свое согласие, в соответствии с Федеральным Законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», на обработку КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж», расположенный по адресу: ул. Бохняка, 13 г.Петропавловска-Камчатского моих персональных данных и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей обеспечения оказания государственных услуг в области образования на территории Камчатского края и распространяется на следующую информацию:

Фамилия; Имя; Отчество; Дата рождения; Пол; Гражданство; Паспорт; Имя на экране; Имя пользователя; Учетная запись Windows; Место жительства; Место регистрации; Домашний телефон; Мобильный телефон; Предпочтительный способ связи; E-Mail; Родители; Иностранный язык; Второй иностранный язык; ИНН; СНИЛС; Физ.группа; Заболевания; Движение; № личного дела; Свидетельство о рождении; Психолого-педагогическая характеристика; Дополнительная контактная информация; Наличие ПК дома; Медицинский полис; Организация, выдавшая мед.полис; Состав семьи; Социальное положение; Сертификат доп. образования; Дополнительное образование; Творческие объединения; Девиантное поведение; Форма обучения; Программа обучения; Предметы для ЕГЭ; Предметы для ЕГЭ по сокр. программе; Тип документа для ЕГЭ; Льгота на питание и т.д

Даю своё согласие на хранение копии паспорта, копии ИНН, копии СНИЛС в личном деле.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Настоящее согласие действует со дня подписания, в течение всего периода обучения в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж», а также после прекращения обучения в течение срока хранения личного дела, установленного законодательством РФ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г.

*(подпись лица, давшего согласие) (расшифровка подписи)*

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных родителя**

**(законного представителя) несовершеннолетнего студента**

**в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

паспорт, серия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан

*(кем выдан, дата выдачи)*

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

настоящим даю свое согласие на обработку КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж» моих персональных данных **и персональных данных моего ребенка**,

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

*Ф.И.О.*

**законным представителем которого являюсь** и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Согласие дается мною для целей обеспечения оказания государственных услуг в области образования на территории Камчатского края и распространяется на следующую информацию:

Сведения родителя:

Фамилия; Имя; Отчество; Дата рождения; Пол; Гражданство; Паспорт; Имя на экране; Имя пользователя; Место жительства; Место регистрации; Домашний телефон; Мобильный телефон; Предпочтительный способ связи; E-Mail; Дети; Степень родства; Образование; Место работы; Должность; Рабочий адрес; Рабочий телефон; Факс; Дата и результат обращения за помощью; Заявитель на льготу; СНИЛС.

Сведения несовершеннолетнего студента:

Фамилия; Имя; Отчество; Дата рождения; Пол; Гражданство; Паспорт; Имя на экране; Имя пользователя; Учетная запись Windows; Место жительства; Место регистрации; Домашний телефон; Мобильный телефон; Предпочтительный способ связи; E-Mail; Родители; Иностранный язык; Второй иностранный язык; ИНН; СНИЛС; Физ.группа; Заболевания; Движение; № личного дела; Свидетельство о рождении; Психолого-педагогическая характеристика; Дополнительная контактная информация; Наличие ПК дома; Медицинский полис; Организация, выдавшая мед.полис; Состав семьи; Социальное положение; Сертификат доп. образования; Дополнительное образование; Творческие объединения; Девиантное поведение; Форма обучения; Программа обучения; Предметы для ЕГЭ; Предметы для ЕГЭ по сокр. программе; Тип документа для ЕГЭ; Льгота на питание.

Даю своё согласие на хранение копии паспорта, копии ИНН, копии СНИЛС в личном деле.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных **и персональных данных моего ребенка**, **законным представителем которого являюсь**, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом федерального законодательства.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Настоящее согласие действует со дня подписания, в течение всего периода обучения в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж», а также после прекращения обучения в течение срока хранения личного дела, установленного законодательством РФ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

*(подпись лица, давшего согласие) (расшифровка подписи)*

Директору КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж» Е.А.Кудрявцевой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ - СОГЛАСИЕ**

Я, гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в соответствии с п.1 ст. 26 ГК РФ:

в связи с поступлением моего(ей) несовершеннолетнего(ей) сына (дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

на специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж» юридический адрес:

г. Петропавловск-Камчатский, ул. Бохняка, 13

Даю согласие на временную регистрацию сына (дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО)

в общежитии КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж», расположенный по адресу: г. Петропавловск-Камчатский, ул. Бохняка, 13

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

*(подпись лица, давшего согласие) (расшифровка подписи)*

Директору КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж» Е.А.Кудрявцевой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ СОГЛАСИЕ (для представителей) по доверенности**

город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения

место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,в соответствии с п.1 ст. 26 ГК РФ,

действующий(ая) на основании доверенности серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в интересах несовершеннолетнего(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

года рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

пол\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем)выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в связи с его (её) поступлением на специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж» юридический адрес:

г. Петропавловск-Камчатский, ул. Бохняка, 13 по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (форме обучения),

Даю согласие на временную регистрацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

в общежитии КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж», расположенный по адресу: г. Петропавловск-Камчатский, ул. Бохняка, 13 на период обучения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

*(подпись лица, давшего согласие) (расшифровка подписи)*

Директору КГПОБУ

«Камчатский педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

от абитуриента

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

*Ф.И.О.*

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(дата рождения)*

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**заявление**

В случае зачисления меня в число студентов очной формы обучения КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж», прошу предоставить мне на период обучения место в общежитии в связи с тем, что я не имею другой возможности проживать в Петропавловске-Камчатском

В настоящее время я прописан(а) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

проживаю по адресу (*заполняется при проживании* ***не*** *по месту прописки*):

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

Имею льготы (нужное подчеркнуть):

- являюсь лицом из числа детей-сирот или оставшихся без попечения родителей

- инвалидом \_\_\_\_ группы

- ребенком из многодетной семьи

- ребенком из малообеспеченной семьи

- иное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Другая информация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Комплект документов, предусмотренных «Правилами заселения в КГПОБУ «Камчатский педагогический колледж », прилагаю.

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

*дата подпись*

Директору КГПОБУ «Камчатский

педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

От абитуриента

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

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу перевести меня с 01.09.2023г. на 2 курс дошкольного отделения (в гр. Д - \_\_\_\_).

Имею среднее общее образование.

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

*Дата* *Подпись*

Директору КГПОБУ «Камчатский

педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

От абитуриента

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

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу перевести меня с 01.09.2023г. на 2 курс школьного отделения (в гр. Ш - \_\_\_\_).

Имею среднее общее образование.

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

*Дата* *Подпись*

Директору КГПОБУ «Камчатский

педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

От абитуриента

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

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

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу перевести меня с 01.09.2023г. на 2 курс отделения физической культуры (в гр. Ф - \_\_\_\_).

Имею среднее общее образование.

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

*Дата* *Подпись*

Приложение к приказу Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. № 390н

**(\*) – Перечень**

**определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (отказ) при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Вид первичной медико-санитарной помощи | Согласие  (да) | Отказ  (нет) |
|  | Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза |  |  |
|  | Антропометрические исследования |  |  |
|  | Термометрия |  |  |
|  | Тонометрия |  |  |
|  | Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций |  |  |
|  | Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций |  |  |
|  | Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы) |  |  |
|  | Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические |  |  |
|  | Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных) |  |  |
|  | Ренгенологические методы обследования, в том числе флюоорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования |  |  |
|  | Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно |  |  |
|  | Медицинский массаж |  |  |
|  | Лечебная физкультура |  |  |
|  | Прививка против гриппа |  |  |

Также даю ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ государственному бюджетному учреждению здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника №1» персональных данных ребенка: Ф.И.О. ребенка, пол, дата рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, СНИЛС, (при наличии), № полиса, анамнез: сведения об обращении в поликлинику, сведения о листке нетрудоспособности.

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

(дата оформления)

Приложение к приказу Министерства

здравоохранения Российской Федерации

от 20.12.2012 г. № 1177н

**Информированное добровольное согласие (отказ) на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие (отказ) при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина (с 15 лет) либо законного представителя несовершеннолетнего до 14 лет 11 мес. 29 дней)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу:

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень\*), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом,

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

Ф.И.О. несовершеннолетнего до 14 лет 11 мес. 29 дней

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированным по адресу:

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

(адрес фактического место жительства несовершеннолетнего до 14 лет 11 мес. 29 дней)

законным представителем которого я являюсь (ненужное не заполнять).

**В государственном бюджетном учреждении здравоохранения Камчатского края «Петропавловск-Камчатская городская детская поликлиника №1»**

**Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

должность Ф.И.О. медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011. № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442,3446).

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

(дата оформления)

Директору

КГПОБУ «Камчатский

педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

студента гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу обеспечить обучение теоретических курсов дистанционно.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись ФИО расшифровка

Директору КГПОБУ

«Камчатский педагогический колледж»

Е.А. Кудрявцевой

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявление

Прошу Вас открыть карту ПАО «Сбербанк» МИР.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО расшифровка

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

Согласно требованиям федерального государственного образовательного стандарта, учебных планов по специальностям:

*44.02.01 Дошкольное образование,*

*44.02.02 Преподавание в начальных классах,*

*44.02.03 Педагогика дополнительного образования,*

*49.02.01 Физическая культура,*

предусмотрена практика в образовательных учреждениях.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от «12» апреля 2011г. № 302 н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» студенты педагогического колледжа обязаны проходить медицинские осмотры (обследования) согласно Приложению № 2 «Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников».

На основании вышеуказанного, ставим вас в известность, о необходимости прохождения медицинского осмотра (обследования) в срок до 01 сентября ежегодно. Данный вид обследования оплачивается самостоятельно студентами или их родителями (законными представителями).

С уведомлением

ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г.

*подпись расшифровка*

Добровольное информированное согласие на проведение профилактических прививок или отказ от них.

Поликлиника N. 3

1. Я, нижеподписавшийся (аяся)

Проживающий (ая) по адресу:

(Ф. И. О. пациента)

года рождения

**Подтверждаю то, что проинформирован (а) врачом:**

а) о том, что профилактические прививки — это введение в организм человека медицинского иммунобиологичес- кого препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;

6) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях,

последствий отказа от нее;

в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включая обязательный медицинский осмотр перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в программу государственной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно:

г) о выполнении предписаний медицинских работников.

1. Я проинформирован (а) о том, что в соответствии с пунктом ll статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ **«Об иммунопрофилактике инфекционных болезней**» отсутствие профилактических прививок влечет:

* запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-

санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок ;

* временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения

массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

* отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации (утвержденный постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями», требует обязательного проведения профилактических прививок).

**Я** имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответь‹.

Получив полную информацию о необходимости профилактической прививки: возможных реакциях и пост-вакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл терминов, и:

Совигрипп (от гриппа)

ДОБРОВОЛЬНО СОГЛАШАЮСЬ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРИВИВКИ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ДОБРОВОЛЬНО ОТКАЗЫВАЮСЬ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРИВИВКИ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся (аяся)

(ф. и. о. пациента)

20 г.

(подпись)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок и дал на все вопросы.

ВРАЧ

(подпись) (Ф.И.О)

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.