Председателю комиссии по допуску лиц
к осуществлению медицинской/фармацевтической деятельности
на должностях специалистов со средним медицинским
/фармацевтическим образованием,
директору БПОУ ВО "Воронежский базовый
медицинский колледж", С.И. Селеменевой

_____
(Ф.И.О. соискателя полностью)

_____

_____

Телефон: _____
Адрес электронной почты:
_____
Место работы:
_____

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас разрешить мне сдачу экзамена по допуску лиц к осуществлению медицинской/фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским/фармацевтическим образованием (далее - экзамена).

Имеющийся уровень образования, специальность _____

_____

Требуемая должность _____

Требуемая специальность _____

«_____»_____20_____ г. _____ /_____ /
(подпись) (Фамилия И.О.)

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. 152-ФЗ "О персональных данных" в целях организации и проведения экзамена, даю согласие БПОУ ВО "Воронежский базовый медицинский колледж" на обработку моих персональных данных, указанных в прилагаемых документах, и сведений о содержании и результатах экзамена, а именно согласие на любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

«_____»_____20_____ г. _____ /_____ /
(подпись) (Фамилия И.О.)