

Министерство Здравоохранения Кузбасса
Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Клинический консультативно-диагностический центр
имени И. А. Колпинского »
(ГАУЗ ККДЦ имени И. А. Колпинского)

ПРИКАЗ

от « 20 » 02. 2021 г.

№ _____

«Об утверждении правил приема обучающихся»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие правила приема обучающихся с 20.02.2021г. приложение № 1;
2. Признать утратившим силу приказ ГАУЗ ККДЦ от 01.09.2020г. № 50/о «Об утверждении правил приема обучающихся».
3. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач

Г. И. Колпинский

Исполнитель:
Г. В. Рожкова

Правила приема на обучение

1. Прием на обучение по дополнительным профессиональным программам проводится в течение года в сроки, устанавливаемые Учреждением и размещенные на сайте учреждения kemdc.ru.
2. Зачисление обучающихся производится приказом руководителя Учреждения, осуществляющего обучение, после подачи документов согласно заключения договора и оплаты за обучение.
3. Для заключения договора на обучение необходимо заполнить следующие документы:
 - 3.1. Заявление о зачислении в качестве обучающегося по ДПП ПК заполняется по установленной форме (Приложение № 1).
 - 3.2. Согласие на обработку персональных данных граждан заполняется по установленной форме (Приложение № 2).
4. Дополнительно необходимо предоставить заверенные копии документов подтверждающих личность, образование, смену фамилии и стаж работы:
 - 4.1. Копия диплома об образовании.
 - 4.2. Копия документа о смене фамилии (при несоответствии фамилии в документах).
 - 4.3. Копия паспорта (страницы с ФИО и действующей регистрацией).
 - 4.4. Копия трудовой книжки (страницы с ФИО и полным наименованием последнего места работы).
 - 4.5. Копия сертификата специалиста/ свидетельства об аккредитации специалиста.
 - 4.6. Копия удостоверения о повышении квалификации.
 - 4.7. Копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

Приложение № 1

Главному врачу ГАУЗ ККДЦ имени
И. А. Колпинского
д.м.н. Г.И. Колпинскому

(ФИО)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять на цикл повышения квалификации по программе:

«_____»
с «_____» _____ 202 г. с «_____» _____ 202 г. за счёт средств _____.

Приложение (заполняется специалистом печатными буквами)

1. Фамилия _____
2. Имя _____ Отчество _____
3. Дата рождения _____
4. Адрес проживания, _____
5. телефон _____ Гражданство _____
6. Место работы _____
7. Занимаемая должность _____
8. Стаж работы по специальности обучения _____
9. Диплом об окончании вуза (серия, номер, когда и кем выдан) _____

10. Документ о смене фамилии с _____ на _____

(при наличии) _____

11. Документ о профессиональной подготовке: (специальность, номер документа, дата выдачи) _____

Другое _____

(документ о проф..переподготовке, дата выдачи, номер)

12. Сертификат по специальности (серия, номер, дата выдачи, дата продления) _____

13. Номер СНИЛС _____

14. Актуальный |Email _____

Подпись _____

Приложение № 2

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я (далее - Субъект), _____,
(фамилия, имя, отчество)

документ удостоверяющий личность _____ № _____,
(вид документа)

выдан _____,
(кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____,

даю свое согласие ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И. А. Колпинского», зарегистрированному по адресу: Кемеровская область, г. Кемерово, проспект Октябрьский 53/1, на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных Субъекта исключительно в целях организации образовательного процесса.
2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:
 - фамилия, имя, отчество;
 - дата рождения;
 - паспортные данные;
 - контактный телефон;
 - фактический адрес проживания, адрес проживания по прописке;
 - сведения об образовании, квалификации и о наличии специальных знаний или специальной подготовки;
 - сведения о повышении квалификации и переподготовке;
 - сведения о трудовой деятельности;
 - сведения о номере, серии и дате выдачи трудовой книжки (вкладыша в нее) и записях в ней;
 - сведения о семейном положении;
 - сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования.
3. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.
4. Настоящее согласие действует 50 лет.
5. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.
6. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

« ____ » _____ 202_ г. _____
Подпись ФИО

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« ____ » _____ 202_ г. _____
Подпись ФИО