

**Форма заявки на регистрацию Эксперта
регионального этапа Национального чемпионата по профессиональному
мастерству среди людей с инвалидностью «Абилимпикс»
в Республике Коми в 2017 году**

№ п/п	Обязательно для заполнения	Содержание
1.	Фамилия Имя Отчество	
2.	Дата рождения	
3.	Место работы, наименование должности	
4.	Образование (уровень, направление)	
5.	Наличие ученой степени	
6.	Телефоны (рабочий, мобильный)	
7.	Адрес электронной почты	
8.	Компетенция	
9.	Стаж работы в области реализации образовательных программ профессионального образования/ стаж и опыт работы в профессии по заявленной компетенции	
10.	Опыт работы с людьми с инвалидностью	
11.	Наличие повышения квалификации по программе обучения экспертов Национального чемпионата «Абилимпикс»	
12.	Паспортные данные (серия, номер; кем и когда выдан)	
13.	Домашний адрес	
14.	Размер одежды (S, M, L, XL, 2XL)	
15.	Подпись*	

*** СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
(типовая форма)**

№ _____

_____,

Я, _____,
(Ф.И.О полностью)

_____ серия _____ № _____ выдан
(вид документа, удостоверяющего личность)

_____,
(дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

проживающий (ая) по адресу: _____

согласно статье 9 Федерального закона «О персональных данных» по своей воле и в своих интересах даю согласие государственному профессиональному образовательному учреждению «Сыктывкарский колледж сервиса и связи», расположенному по адресу: Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Морозова, д. 118, на обработку своих персональных данных с использованием средств автоматизации, а также без использования таких средств с целью проведения регионального этапа Национального чемпионата по профессиональному мастерству среди людей с

инвалидностью «Абилимпикс» в Республике Коми в 2017 году.

В соответствии с данным согласием мною может быть предоставлена для обработки следующая информация: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место работы, должность, уровень образования, наличие ученой степени, стаж работы, наличие повышения квалификации, паспортные данные, адрес места жительства и регистрации, контактная информация.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Разрешаю использовать в качестве общедоступных персональных данных: фамилия, фамилия, имя, отчество, дата рождения, место работы, должность, уровень образования, наличие ученой степени, стаж работы, наличие повышения квалификации, паспортные данные, адрес места жительства и регистрации, контактная информация.

Разрешаю публикацию вышеуказанных общедоступных персональных данных, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет в целях, указанных в настоящем согласии.

Разрешаю передачу моих персональных данных в Министерство образования, науки и молодежной политики Республики Коми, Национальный центр «Абилимпикс» в объеме и в целях, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует 5 лет с «_____» _____ 2017 г.

Отзыв настоящего согласия осуществляется предоставлением в государственное профессиональное образовательное учреждение «Сыктывкарский колледж сервиса и связи» письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Настоящим принимаю, что в государственном профессиональном образовательном учреждении «Сыктывкарский колледж сервиса и связи» при отзыве настоящего согласия уничтожение моих персональных данных будет осуществлено в тридцатидневный срок, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Информацию для целей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» прошу сообщать мне одним из указанных способов: адрес электронной почты, почтовый адрес.

В случае изменения моих персональных данных обязуюсь сообщать об этом в государственное профессиональное образовательное учреждение «Сыктывкарский колледж сервиса и связи» в десятидневный срок.

(Ф.И.О)

(подпись)

Приложение к Форме заявки Эксперта:

- копии сертификатов (Региональный Эксперт «Абилимпикс», Национальный эксперт «Абилимпикс»).