

**Форма заявки на регистрацию Участника
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. | Домашний адрес | |
| 4. | Контактные данные (мобильный телефон, адрес электронной почты) | |
| 5. | Паспортные данные (серия, номер; кем и когда выдан) | |
| 6. | Страховое свидетельство | |
| 7. | Компетенция | |
| 8. | Категория («школьник», «студент», «специалист») | |
| 9. | Место учебы: наименование образовательной организации), специальность, год окончания образовательной организации / Место работы, наименование должности | |
| 10. | Вид нозологии | |
| 11. | Группа инвалидности | |
| 12. | Особые условия для организации рабочего места и выполнения Конкурсного задания | |
| 13. | Планирует продолжить обучение (колледж, ДПО, ВО) | |
| 14. | Готов к трудоустройству, готов направить резюме и разместить на федеральных порталах содействия трудоустройству | |
| 15. | Готов к трудоустройству, но не планирует размещать резюме на федеральных порталах содействия трудоустройству | |
| 16. | Не готов к трудоустройству (причина) | |
| 17. | Размер одежды (S, M, L, XL, 2XL) | |
| 18. | 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 учебы/работы, должность, уровень получаемого образования (среднее профессиональное образование или профессиональное обучение), получаемая специальность (профессия), паспортные данные, страховое свидетельство, вид нозологии, группа инвалидности, срок окончания учебного заведения, 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, имя, отчество, дата рождения, место учебы/работы, должность, уровень получаемого образования (среднее профессиональное образование или профессиональное обучение), получаемая специальность (профессия), паспортные данные, страховое свидетельство, вид нозологии, группа инвалидности, срок окончания учебного заведения, 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 регистрации:

- заверенная копия справки об инвалидности и Индивидуальная программа реабилитации и абилитации (при наличии) или заключения Центральной психолого-медико-педагогической комиссии (ЦПМПК) в форме скан-копии;
- список лекарств.