Проректору по учебной, воспитательной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.

В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

д.м.н. Соловьевой И.А.

от

(*Ф.И.О. обучающегося полностью, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон*)

(*указать факультет/институт/отделение/ специальность, курс, группу*)

Стипендия руб.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать материальную поддержку в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

О себе сообщаю, состав семьи\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия И.О. | Родственные  отношения | Год рождения | Место работы или учебы | Размер  заработной  платы |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

а также, даю свое согласие федеральному государственному бюджетному образовательному учреждению высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Оператор), расположенному по адресу г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); адрес проживания; телефонный номер; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); идентификационный номер налогоплательщика, сведения об обучении, размере стипендии, а также иных персональных данных, указанных в настоящем заявлении, иных представляемых мной в качестве приложения к настоящему заявлению документах.

Обработка персональных данных производится в целях рассмотрения вопроса о предоставлении мне материальной помощи, в соответствии с Положением о стипендиальном обеспечении и других формах материальной поддержки и материального стимулирования обучающихся.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством выполнения всех мероприятий, необходимых для решения вопроса о предоставлении материальной помощи и ее выплате.

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных: с даты подписания настоящего заявления в течение трех лет.

Способ отзыва настоящего согласия: обращение к Оператору по адресу: 660022, Россия, Красноярскйи край, г.Красноярск, улица Партизана Железняка, дом 1, с письменным заявлением на отзыв согласия.

Приложение:

\*заполняются сведения, если это необходимо в соответствии с условиями предоставления материальной помощи согласно приложению А к Положению о стипендиальном обеспечении и других формах материальной поддержки и материального стимулирования обучающихся.

« » 20 г.

дата подпись

Решение стипендиальной комиссии факультета/института, колледжа:

Протокол № от « » 20 г.

Декан факультета/директор ИПО/руководитель колледжа/начальник управления научно-исследовательской и инновационной деятельности/ начальник управления по работе с иностранными гражданами

/ /

(подпись) (Ф.И.О.)

Решение стипендиальной комиссии Университета:

Протокол № от « » 20 г.