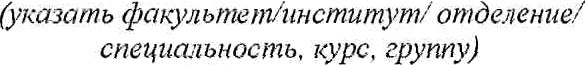
Проректору по учебной, воспитательной работе и молодежной политике ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

доц. И.А. Соловьевой

от

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

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



Стипендию ………… руб.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать материальную поддержку в связи с

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

(указать причину в соответствии с Положением о стипендиальном обеспечения и других формах материальной поддержки и материального стимулирования обучающихся.)

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, Красноярский 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 кПоложению о стипендиальном обеспечении и других формах материальной поддержки и материального стимулирования обучающихся

« » 20 г.

дата подпись

**Решение стипендиальной** **комиссии факультета/института/колледжа:**

*ходатайствуем о выделении материальной помощи в размере*

**Протокол № от « » 20 г.**

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



(Ф.И.О.)

**Решение стипендиальной комиссии Университета:**

*выделить материальную помощь в размере*

**Протокол № от « » 20 г.**