

Индивидуальному предпринимателю  
Буйских Д.В.

от \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

### Заявление

Прошу зачислить меня на обучение в автошколе ИП Буйских Д.В. в группу №\_\_ по программе профессиональной подготовки водителей транспортных средств категории «В».

О себе сообщаю следующие данные:

Фамилия Имя Отчество (полностью)	
Уровень образования	
Документ удостоверяющий личность и/или гражданство: серия и номер	
Кем и когда выдан	
Дата рождения	
Адрес регистрации (с указанием индекса)	
Контактный телефон (с указанием кода города)	
Электронная почта (E-Mail)	
Медицинское заключение по форме №003-В/у	
Место работы	
СНИЛС	

Я, \_\_\_\_\_  
ознакомлен(а) со следующими документами:

1. Лицензией на осуществление образовательной деятельности (с Приложением);
2. Образовательной программой, учебным планом, расписанием занятий, заключением УГИБДД о соответствии УМБ установленным требованиям законодательства;
3. Иными локальными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся.

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

Индивидуальному предпринимателю  
Буйских Д.В.

### ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.), подтверждаю достоверность и точность указанных в Заявлении, Договоре об оказании платных образовательных услуг сведений и даю согласие на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" ИП Буйских Д.В., расположенному по адресу: 455051 Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Советская, 201 корп.1 кв.19 на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия; имя; отчество; дата рождения; пол; возраст; адрес регистрации (фактического проживания); серия и номер документа, удостоверяющего личность и/или гражданство, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; номер СНИЛС; сведения о местах работы (место нахождения, название организации, должность); серия, номер, дата выдачи медицинского заключения по форме №003-В/у и выдавшем его медицинским учреждением; номер телефона; в целях осуществления образовательной деятельности, исполнения договора об оказании платных образовательных услуг без ограничения срока действия, а также см-информирование в процессе обучения.

Персональные данные субъекта подлежат хранению в течение сроков, установленных законодательством Российской Федерации. Персональные данные уничтожаются: по достижению целей обработки персональных данных; при ликвидации или реорганизации оператора; на основании письменного обращения субъекта персональных данных в установленных случаях.

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)