**РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

Группа № \_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки руководящих работников и специалистов «Специалист в области охраны труда»

256 часов

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения **(обязательно для заполнения)** |  |
| 2. СНИЛС **(обязательно для заполнения)** |  |
| 3. Место работы |  |
| 4. Служебный адрес, телефон, e-mail: |  |
| 5. Образование, когда и какие учебные заведения окончил:  Специальность по диплому  Квалификация по диплому |  |
| 6. Занимаемая должность, стаж работы в этой должности |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с целью исполнения определенных сторонами условий обучения даю согласие АНО ДПО «Учебный центр безопасности труда», на обработку - нижеследующих **персональных данных**: фамилия, имя, отчество; год рождения; образование и повышение квалификации или наличие специальных знаний; профессия (специальность); общий трудовой стаж; номер телефона.

Права в целях обеспечения защиты персональных данных, хранящихся в АНО ДПО «Учебный центр безопасности труда», ответственность за предоставление ложных сведений о себе, мне разъяснены.

Дата заполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_