Руководителю центра дополнительного профессионального образования

Никольскому В.Д.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (ФИО полностью, адрес места жительства)

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

(моб. телефон)

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

(e-mail)

**Заявление на выдачу дубликата**

**Прошу выдать мне дубликат(ы):**

🞏 удостоверения /свидетельства о повышении квалификации;

🞏 диплома о профессиональной переподготовке / приложения к диплому (нужное подчеркнуть);

🞏 действующего сертификата специалиста;

**в связи:**

🞏 с утерей;

🞏 с изменением фамилии (имени, отчества)

🞏 ошибкой в документе / порчей документа (нужное подчеркнуть);

🞏 иное, уточнить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сроки прохождения программы повышения квалификации / переподготовки (нужное подчеркнуть)

с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года по « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

Наименование программы/специальность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Прилагаемые документы (обязательно):

🞏 **копия паспорта \***

🞏 **СНИЛС**

🞏 **копия диплома о высшем образовании\***

🞏 **копии документов\*, подтверждающих изменение фамилии (имени, отчества) в связи с их изменениями**

🞏 **оригинал документа, требующего замены**: **удостоверение/свидетельство, диплом, приложение к диплому, действующий сертификат (нужное подчеркнуть).**

**\*-** для документов, выданных за рубежом, предоставляется нотариально заверенный перевод, в установленном в РФ порядке.

Иные документы, прилагаемые по желанию заявителя:

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

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

Указанный(ые) выше дубликат(ы) прошу выдать или отправить (нужное подчеркнуть):

 🞏 мне лично

 🞏 доверенному лицу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (по доверенности и ее реквизиты)

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

 🞏 почтовым отправлением по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, адрес)

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

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

Даю свое согласие ФГБОУ ВО «Российскому университету медицины» Минздрава России (Москва, ул. Долгоруковская, д.4) (далее – Университет) на обработку своих вышеуказанных персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью оказания услуг по выдаче дубликатов документов о квалификации и (или) дубликатов действующего сертификата специалиста Центром дополнительного профессионального образования. Настоящее согласие действует бессрочно. Согласие может быть отозвано обучавшимся в любой момент при письменном уведомлении Университета.

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_