



Директору ЧОУ ДПО «Берт»  
В.И. Киселеву от

\_\_\_\_\_ /  
(Фамилия)

\_\_\_\_\_ /  
(Имя)

\_\_\_\_\_ /  
(Отчество)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне платные образовательные услуги по программе обучения профессиональная подготовка охранников 5 разряда (использование служебного, гражданского оружия и специальных средств)  
срок обучения 60 часов, форма обучения очная

С Уставом, Положением об оказании платных образовательных услуг, локальными актами ЧОУ ДПО «Берт» (далее Учреждение) в части касающихся слушателей Учреждения, лицензией Учреждения на право осуществления образовательной деятельности ознакомлен(а). Выполнение требований предъявляемых к слушателям Учреждения гарантирую.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Фамилия и инициалы

Настоящим, я даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных и подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своем интересе. Согласие распространяется на следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, день и место рождения, адрес, другая информация, относящаяся к моей личности указанной мною в анкете. Согласие на обработку персональных данных дается мною в целях получения услуг, оказываемых Учреждением.

Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении Персональных данных, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Обработка персональных данных осуществляется Учреждением следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Учреждение не ограничено в применении способов их обработки. Я согласен, что в случае необходимости Учреждение вправе предоставить мои персональные данные для достижения указанных выше целей третьему лицу (органам внутренних дел, лицензирующим органам и т.д.), их агентам и иным уполномоченным ими лицам. Такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия. Настоящее согласие дается мною бессрочно, но может быть отозвано посредством направления мною письменного уведомления в Учреждение не менее чем за 1 (один) месяц до момента отзыва согласия.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ » 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись Фамилия и инициалы

## АНКЕТА

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
2. Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_ г. Место рождения \_\_\_\_\_

(область, район, населенный пункт)

3. Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(каким органом, когда, код подразделения)

4. Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

(индекс, область, район, населенный пункт, улица, дом, квартира)

5. Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

(индекс, область, район, населенный пункт, улица, дом, квартира)

6. Телефон дом.: \_\_\_\_\_, телефон моб.: \_\_\_\_\_  
электронная почта: \_\_\_\_\_

7. Семейное положение \_\_\_\_\_

8. Служба в силовых структурах (РА, органах МВД, ФСБ и т. д.): \_\_\_\_\_

9. Образование: \_\_\_\_\_ Когда и какое учебное заведение окончил: \_\_\_\_\_

10. Стаж работы с оружием, тип оружия \_\_\_\_\_

11. Занятие спортом (вид, разряд): \_\_\_\_\_

12. Трудовая деятельность:

Место работы	Ваша должность	№ СНИЛС

13. Привлекались ли Вы к административной или уголовной ответственности \_\_\_\_\_  
Если да, то за что и когда \_\_\_\_\_

14. Укажите источник, из которого Вы узнали об Учреждении \_\_\_\_\_

**Сведения указанные мною в анкете являются достоверными.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ »20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*подпись* *Фамилия и инициалы*

К Анкете прилагаю следующие документы (отметить в ячейке любым знаком):

<input type="checkbox"/>	Копия паспорта (1-ая и страница с регистрацией)
<input type="checkbox"/>	Копия медицинского заключения по форме № 002 ЧО/у; 003О/у
<input type="checkbox"/>	Копии документов об образовании (при необходимости)
<input type="checkbox"/>	Копия разрешения на хранение или лицензии на покупку оружия
<input type="checkbox"/>	Копия удостоверения частного охранника
<input type="checkbox"/>	Копия военного билета
<input type="checkbox"/>	Копия удостоверения участника боевых действий
<input type="checkbox"/>	Копия удостоверения сотрудника или пенсионное удостоверение сотрудника государственных военизированных организаций (если было закреплено табельное оружие)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ »20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*подпись* *Фамилия и инициалы*