**ЗАЯВКА**

на дистанционное обучение по методике

**«МИ ЛВ.15-2021 ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВА ИЗМЕРЕНИЙ. ЛОКАЛЬНАЯ ВИБРАЦИЯ. МЕТОД ИЗМЕРЕНИЙ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ. МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЙ ЛОКАЛЬНОЙ ВИБРАЦИИ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ», номер в реестре ФГИС «АРШИН» ФР.1.36.2022.43551**

образовательная программа предоставляется в записи

*стоимость обучения согласно информации на сайте Учебного центра https://akkredit.ru в разделе «СПЕЦИАЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА ПО МЕТОДИКАМ».*

| **Ф.И.О. (полностью, в соответствии с паспортными данными) слушателя, должность**  *для нескольких слушателей необходимо добавить строки ниже, данные каждого слушателя должны быть вписаны в отдельной строке* | Участие слушателя (Д) **дистанционное** или (О) **очное** | **Дата рождения\*** (в формате день, месяц, год) | **СНИЛС\*** | **Электронная почта слушателя, для каждого слушателя ОТДЕЛЬНО!!!** (для регистрации в учебном центре Ассоциации, с целью последующего просмотра материалов курса). |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Является ли организация членом АССОЦИАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И ПАРТНЁРСТВА В ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ, СТАНДАРТИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВА ИЗМЕРЕНИЙ или кандидатом в члены, оплатившим вступительный и членские взносы за текущий период | | | 1 вариант: Да, взносы за текущий период оплачены  2 вариант: НЕТ  *Нужное необходимо оставить, ненужное удалить* | |
| **Полное наименование юридического лица** |  | | | |
| **Сокращенное наименование юридического лица** |  | | | |
| **ИНН/КПП/ОГРН** |  | | | |
| **Название должности, Ф.И.О. лица (***ПОЛНОСТЬЮ***), уполномоченного подписать договор, документ основания (Устав, приказ…)** |  | | | |
| **Юридический адрес, с указанием индекса** |  | | | |
| **Адрес для направления почтовой корреспонденции** |  | | | |
| **№ расчетного счета** |  | | | |
| **Наименование банка,**  **местонахождение банка** |  | | | |
| **БИК банка** |  | | | |
| **№ корр. счета банка** |  | | | |
| **Дата составления заявки** |  | | | |
| **e-mail организации (обязательно)** |  | | | |
| **Контактный телефон организации** |  | | | |
| **Контактный телефон ответственного по обучению сотрудников (обязательно)** |  | | | |

***\*Указание в заявке даты рождения и СНИЛС слушателя необходимо для внесения данных об обучении в ФИС ФРДО.***

***Без наличия данных в федеральном реестре будет невозможно подтвердить легитимность документа об обучении в ходе процедур аккредитации, подтверждения компетентности и государственного контроля.***

Руководитель организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

(должность) (ФИО)

Заполненную заявку в формате word необходимо направить на e-mail [**tc@nooirf.ru**](mailto:tc@nooirf.ru)

К заявке необходимо приложить согласие на обработку персональных данных на каждого обучающегося, оригинал согласия необходимо направить по адресу: 664005, г. Иркутск, а/я 58, получатель: ООО «ПННЦ»

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *фамилия, имя, отчество*

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*место жительства в соответствии с паспортом*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*паспорт: серия, номер, кем и когда выдан*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с целью выполнения требований образовательных стандартов, а также в соответствии с федеральным законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года №152-ФЗ:

настоящим даю согласие АССОЦИАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И ПАРТНЁРСТВА В ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СООТВЕТСТВИЯ, СТАНДАРТИЗАЦИИ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВА ИЗМЕРЕНИЙ (ИНН 9701112830), ООО «ПННЦ» (ИНН 3812522817), на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обработку, перевод в электронный формат, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление моих персональных данных (имя, фамилия, отчество, пол, дата рождения, гражданство, фото- и видеоизображение, адрес проживания, электронный почтовый адрес, контактный телефон, регион проживания, регион осуществления трудовой деятельности, работодатель (название, адрес, электронный почтовый адрес, контактный телефон), сведения о трудовой деятельности , сведения о воинской обязанности и военной службе, образование, профессия, квалификация (степень), специальность (направление подготовки), почетные и воинские звания, сведения о наградах, учёные звания и степени, данные об образовательных программах в которых принимал(а) участие), а также иных, предоставленных мною, моих персональных данных для подготовки статистических материалов, составления отчетности по обучавшимся, обратной связи со мной.

Даю согласие на публикацию моих персональных данных в реестре держателей методик и сертификатов о специальной подготовке, а также в реестре выданных документов об обучении (имя, фамилия, отчество (при наличии)) в части полученных документов об образовании (номер, регистрационный номер, дата, название образовательной программы).

Даю согласие на предоставление моих персональных данных (имя, фамилия, отчество (при наличии)) в части полученных документов об образовании (номер, регистрационный номер, дата, название образовательной программы) экспертному сообществу, Федеральной службе по аккредитации в рамках прохождения процедуры аккредитации, подтверждения компетентности, государственного контроля.

Не возражаю против автоматизированной обработки моих персональных данных (с применением технических средств) и без применения технических средств (на бумажном носителе).

Настоящее согласие вступает в силу с момента подписания.

Настоящее согласие даю без ограничения срока его действия.

Настоящее согласие может быть отозвано мною путем направления моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия (заказное почтовое отправление с уведомлением).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

*Фамилия, имя, отчество Подпись Дата*