Форма регистрации Участника

Чемпионата «Абилимпикс» в субъекте Российской Федерации и

Национального чемпионата «Абилимпикс»-2023 г.

**Заявка участника чемпионата «Абилимпикс»**

**Калининградской области – 2023 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Обязательно для заполнения** | **Содержание** |
|  | Фамилия Имя Отчество |  |
|  | Дата рождения |  |
|  | Место проживания |  |
|  | Телефоны |  |
|  | Электронный адрес |  |
|  | Компетенция |  |
|  | Вид нозологии |  |
|  | Группа инвалидности |  |
|  | Особые условия для организации рабочего места и выполнения Конкурсного задания |  |
|  | Необходимость предоставления сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика, сопровождающего |  |
|  | Место работы |  |
|  | Место учебы |  |
|  | Год окончания учебного заведения |  |
|  | Статус: (школьник, студент СПО,ВО/слушатель ДПО, специалист |  |
|  | Специальность с указанием шифра (при наличии) |  |
|  | Планирует продолжить обучение (колледж, ДПО, ВО) |  |
|  | Готов к трудоустройству, направить резюме и разместить на федеральных порталах содействия трудоустройству |  |
|  | Готов к трудоустройству, но не планирует размещать резюме на федеральных порталах содействия трудоустройству |  |
|  | Не готов к трудоустройству (причина) |  |

**Приложение** к заявке участников:

- копии справок об инвалидности или заключений Центральной психолого-медико-педагогической комиссии на каждого участника;

- согласия на обработку персональных данных.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер) (сведения о дате выдачи и выдавшем органе)

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

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон) даю согласие государственному бюджетному социальному учреждению Калининградской области профессиональной образовательной организации «Советский техникум-интернат» (место нахождения: 238750, г. Советск, ул.Кировоградская, д. 6, тел/ факс 8 (40161) 6-51-20)

на обработку моих персональных данных, а именно:

−​ фамилия, имя, отчество;

−​ специальность/профессия;

−​ курс;

−​ телефон, e-mail;

−​ сведения о месте учебы,

в целях моего участия в чемпионате Калининградской области «Абилимпикс**»**.

Я уведомлен и понимаю, что под обработкой персональных данных подразумевается совершение над ними следующих действий: сбор, обработка, систематизация, накопление, хранение, уточнение, подтверждение, использование, распространение, уничтожение по истечению срока действия согласия, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Согласие действует с момента подписания и до его отзыва в письменной форме. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

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

(Ф.И.О. полностью, подпись)