|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(заполняется работником Приемной комиссии)* | **Председателю приемной комиссии,**  **ректору ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России**  **Лужанину Владимиру Геннадьевичу** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование документа, удостоверяющего личность) код подразделения*

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

*(кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. *дата* *выдачи*

Дата рождения «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. Гражданство (*страна*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Страховой** **номер** **индивидуального** **лицевого** **счета** **(СНИЛС)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основной контактный номер** телефона +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Доп. номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес** **по** **месту** **регистрации*:*** Индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Регион\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_\_\_\_Кв. \_\_\_\_\_\_\_ Тел. дом. (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(код города)*

*При взаимодействии со мной посредством электронной почты прошу использовать нижеуказанный адрес :*

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес** **фактического проживания*:*** Индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Регион\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_\_\_\_Кв. \_\_\_\_\_\_\_ Тел. дом. (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(код города)*

**Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ** являюсь / не являюсь

*(нужное подчеркнуть)*

**Сведения** **о** **документе** **установленного** **образца**  **(дипломе** **о** **высшем** **фармацевтическом образовании):**

Наименование вуза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страна выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Номер документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**прошу допустить меня к вступительному испытанию и участию в конкурсе для поступления в ординатуру по следующим условиям:**

***Номенклатура специальностей ординатуры ПГФА***

* 33.08.01 Фармацевтическая технология   
  ***(в 2023 году только коммерция)***
* 33.08.02 Управление и экономика фармации

***(в 2023 году только-   
коммерция)***

* 33.08.03 Фармацевтическая химия и фармакогнозия

***(в 2023 году бюджет, целевое, коммерция)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Можно выбрать* ***две специальности****;*  *расположите в порядке убывания приоритетности (предпочтения):*  *1 – наиболее значимая; 4 – наименее значимая)* | **Условия поступления**  ***(выбрать нужное)*** | |
| **1 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема*(целевой прием–только на основе договора о целевом обучении)* |
|  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **2 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **3 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **4 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |

**Сведения** **о** **свидетельстве** **об** **аккредитации** **специалиста** **(или** **выписке** **из** **итогового** **протокола** **заседания**

**аккредитационной** **комиссии** **о** **признании** **поступающего** **прошедшим** **аккредитацию** **специалиста)** **(при** **наличии):**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и 12значный номер свидетельства об аккредитации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Протокол заседания аккредитационной комиссии №\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_г.

Место проведения аккредитации специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Сведения** **о** **сертификате** **специалиста** **(при** **наличии):**

Сертификат по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(первые 6 символов) (7 символов)*

Дата выдачи «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Сведения об индивидуальных достижениях (при наличии – отметить нужное):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Стипендиат Президента РФ,  Правительства РФ | |  | | Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в журнале ВАК (по специальностям 14.04.00) | |
|  | Документ установленного образца с отличием | |  | | Знак отличия Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса «Готов к труду и обороне» | |
|  | Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в РИНЦ | |  | | Средний балл (диплома), полученный по программе  специалитета \_\_\_\_\_\_ баллов | |
|  | дипломант Всероссийской студенческой олимпиады  "Я - профессионал" | |  | | Получение гранта на выполнение научного исследования, реализацию инновационного проекта и т.п., соавтор патентов, изобретения | |
|  | Добровольческая волонтерская деятельность | | | в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий ***по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции*** в количестве \_\_\_\_\_\_\_ часов (не менее 150 ч.) | | |
| в сфере охраны здоровья:   * помощь в оказании медицинских услуг, медицинском специальном и общем уходе; * содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний, включая социально значимые; * содействие популяризации донорства крови и ее компонентов, донорства костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток; * содействие в обучении и оказании первой помощи (помощь в медицинском сопровождении массовых мероприятий); * содействие профориентации школьников в сфере медицины;   информационная, консультационная, психологическая, просветительская, досуговая и иная поддержка пациентов и их родственников | | |
| * **Общий стаж** работы **в должностях** медицинских и (или) **фармацевтических работников**   (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам  **высшего** мед. или **фармацевтического** образования): | | | | | | |
| на должностях  мед. и (или) **фармацевтических** работников | | со **средним** профессиональным образованием  (не менее 0,5 ставки; от 9 месяцев) | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| с **высшим** образованием  (1,0 ставка по основному месту работ;  от 9 месяцев до 1,5 лет) | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| с **высшим** образованием  (1,0 ставка по основному месту работ;  от полутора лет и более) | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| с **высшим** образованием в медицинских и (или) **фармацевтических** организациях, расположенных в **сельских населенных пунктах либо рабочих поселках**  (не менее 9 мес.) | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| * Деятельность в сфере охраны здоровья, включающая в себя проведение мероприятий   ***по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (не менее 30 календарных дней)*** | | | | | | |
| трудовая деятельность на должностях **медицинских** работников с **высшим** и **средним** профессиональным образованием, на должностях **младшего медицинского** персонала | | | | | | **\_\_\_\_** *месяцев* **\_\_\_\_** *дней* |
| прохождение практической подготовки по образовательной программе **медицинского** образования (специалитета, бакалавриата, магистратуры) | | | | | | **\_\_\_\_** *месяцев* **\_\_\_\_** *дней* |

**По специальности 33.05.01 «Фармация» обучалась на местах в пределах целевой квоты да** / нет

*(нужное подчеркнуть)*

* **При** **проведении** **вступительных** **испытаний** **в** **связи** **с** **ограниченными** **возможностями** **здоровья** **или** **инвалидностью в** **создании** **специальных** **условий:** нуждаюсь/не нуждаюсь *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **На период обучения в общежитии**: нуждаюсь/не нуждаюсь *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Я ознакомлен(а)**, **в** **том** **числе** **через** **информационные** **системы** **общего** **пользования:**
* с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
* с копией свидетельства о государственной аккредитации образовательных программ по специальностям ординатуры;
* с датами завершения приема документа установленного образца (диплома);
* с Правилами приема на обучение, утвержденными ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Ознакомлен(а)** с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Подтверждаю** при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр - отсутствие у поступающего диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Ознакомлен(а)** с информацией об обязательстве представить документ установленного образца (диплом) не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Согласен(а)** на обработку моих персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

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

*дата* *подачи* *заявления* *подпись* *Фамилия И.О.*

Согласие на распространение персональных данных

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

*(Ф.И.О. поступающего полностью)*

на основании ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим **заявляю о согласии на распространение** ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России моих персональных данных **с целью размещения информации обо мне** в электронной информационно-образовательной среде ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в подсистеме «Сервис приема» ФИС ГИА и приема, в федеральной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (ЕПГУ), в Единой информационной системе приема в ординатуру

*(если Вы согласны, то в нижеуказанной таблице можно ничего не заполнять)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Категория персональных данных** | **Перечень персональных данных** | **Условия и запреты (вписать «запрет» или указать условия)** | **Дополни-тельные условия** |
| Общие персональные данные | Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество (при наличии) |  |  |
| Дата рождения (дата, месяц, год) |  |  |
| Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства) |  |  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспортные данные) |  |  |
| Сведения о документе установленного образца (о документе об образовании) |  |  |
| Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (при наличии) |  |  |
| Сведения о сертификате специалиста (при наличии) |  |  |
| Условия поступления |  |  |
| Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений |  |  |
| Адрес электронной почты |  |  |
| Адрес, номер телефона |  |  |
| Сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования |  |  |
| Образование |  |  |

Сведения о способах, которыми ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России предоставляет доступ к моим персональным данным **неограниченному кругу лиц**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Способ,**  **информационный ресурс** | **Действия с персональными данными** |
| https://pfa.ru/ | Публикация списков поступающих, ранжированных списков для зачисления, приказов о зачислении |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Категория персональных данных** | **Перечень персональных данных** | **Разрешаю**  **к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет)** | **Дополнительные условия** |
| Общие персональные данные | Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество |  |  |
| Сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования |  |  |
| Сведения, которые указываются в списках поступающих, ранжированных списках для зачисления, приказах о зачислении | Сумма конкурсных баллов |  |  |
| Количество баллов за тестирование |  |  |
| Количество баллов за индивидуальные достижения |  |  |
| Наличие заявления о согласии на зачисление и оригинала документа установленного образца |  |  |

Настоящее согласие я даю добровольно, оно действует с 2023 г.

(с даты подачи заявления)

по 28 февраля 2024 г. *(Согласно п. 54. Правил приема, приказы о зачислении на обучение размещаются в день их издания на официальном сайте и должны быть доступны пользователям официального сайта в течение 6 месяцев со дня их издания).*

Я имею право письменно потребовать прекратить распространять мои персональные данные. ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в этом случае обязано немедленно прекратить распространять мои персональные данные.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись Расшифровка подписи