

Председателю ГЭК АО  
В.А. Гутману

ЗАЯВЛЕНИЕ №

Я,	фамилия																			
	имя																			
	отчество																			

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

дата рождения:    .    .

тип документа (нужное подчеркнуть): *паспорт гражданина РФ, временное удостоверение, вид на жительство, загранпаспорт гражданина РФ, паспорт гражданина иностранного государства, другой документ* \_\_\_\_\_

серия     номер

паспорт выдан \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_

пол:  мужской  женский

категория участника:  Выпускник учреждения СПО  Выпускник прошлых лет

документ об образовании (предъявить оригинал/заверенная копия и ксерокопия):

- аттестат о среднем общем образовании *или*
- диплом о среднем/высшем профессиональном образовании:

наименование ОО \_\_\_\_\_;

серия, номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

регион, в котором закончил образовательную организацию \_\_\_\_\_

участник с ограниченными возможностями здоровья

Предъявить один из следующих документов:

- копия рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии;
- оригинал или заверенная в установленном порядке копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы.

прошу Вас зарегистрировать меня для сдачи единого государственного экзамена

в сроки

март-апрель

май-июнь

Предмет	метка «X»
01 - Русский язык	
02 - Математика (базов.)	
02 - Математика (проф.)	
03 - Физика	
04 - Химия	
05 - Информатика и ИКТ	
06 - Биология	
07 - История	
08 - География	
12 - Обществознание	
18 - Литература	
09 - Английский язык	
29 - Английский язык (устно)	
10 - Немецкий язык	
30 - Немецкий язык (устно)	
11 - Французский язык	
31 - Французский язык (устно)	
13 - Испанский язык	

• Место сдачи ЕГЭ: \_\_\_\_\_ район

• Контактный телефон: \_\_\_\_\_

• Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

Специалист, принявший заявление

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

СОГЛАСИЕ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (когда и кем выдан)  
адрес регистрации: \_\_\_\_\_,

даю свое согласие на обработку в

Государственное бюджетное учреждение Астраханской области «Центр мониторинга в образовании» (место нахождения: г. Астрахань, ул. Красная Набережная, д. 40)

моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; адрес места регистрации; гражданство; наименование региона, в котором закончил образовательное учреждение; документ об образовании; информация об отнесении участника к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья, детям-инвалидам, инвалидам; контактный телефон; адрес электронной почты; информация о выбранных экзаменах, информация о результатах экзамена.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях формирования федеральной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации обучающихся, освоивших основные образовательные программы основного общего и среднего общего образования, и приема граждан в образовательные организации для получения среднего профессионального и высшего образования и региональной информационной системы обеспечения проведения государственной итоговой аттестации обучающихся, освоивших основные образовательные программы основного общего и среднего общего образования, а также хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией (органу исполнительной власти, осуществляющему полномочия в сфере образования, Федеральному бюджетному государственному учреждению «Федеральный центр тестирования», Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что Государственное бюджетное учреждение Астраханской области «Центр мониторинга в образовании» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись Расшифровка подписи