

Ректору
ПВНЗ "Київський медичний університет"
Івнєву Б.Б.

_____ прізвище, ім'я, по-батькові заявника
+__ (____) _____ - ____ - ____
e-mail: _____

Заява

Прошу виготовити:

- дублікат диплому: магістра спеціаліста молодшого спеціаліста
серія _____ № _____ від _____
 дублікат додатку до диплому
серія _____ № _____ від _____

виданого(-их) на ім'я

_____ (прізвище, ім'я, по батькові та транслітерація випускника)

Заклад вищої освіти:

- Приватний вищий навчальний заклад "Київський медичний університет УАНМ";
 Приватний вищий навчальний заклад "Київський медичний університет"
 Акціонерне товариство закритого типу "Медичний інститут Української асоціації народної медицини"
 Полтавська філія Медичного інституту Української асоціації народної медицини

Спеціальність:

- Медицина Стоматологія Фармація Фармація, промислова фармація
 Лікувальна справа Інше _____

в зв'язку з

- втратою, викраденням диплому/дублікату;
 пошкодженням диплому/дублікату, що призвело до порушення цілісності інформації;
 виявленням помилки в інформації, що відтворюється в дипломі/додатку;
 невідповідності диплому/додатку формі (зразку), встановленій (встановленому) на дату його видачі;
 зміною прізвища, імені, по батькові (за наявності) у зв'язку зі зміною (корекцією) статевої належності особи, на ім'я якої було видано документ про вищу освіту;
 неможливістю встановити інформацію, що необхідна, зокрема, для підготовки документа про вищу освіту до міжнародного обігу, проставлення апостиля та/або його легалізації, через втрату, знищення чи недоступність архівів закладу освіти
 інше _____

_____ (вказати причину)

Додатки:

- Копія паспорту.
 Копія довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків (ідентифікаційного номеру).
 Диплом серія _____ № _____ від _____ або копія
 Додаток до диплома № _____ від _____ або копія
 Інше _____

_____ дата

_____ підпис заявника

_____ Ім'я та ПРІЗВИЩЕ заявника

Оригінали документів отрима(-ла)в _____

_____ прізвище, ініціали та підпис заявника

_____ дата отримання

ЗГОДА НА ОБРОБКУ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ

Я, _____,

(ПІБ власника документів)

фактично проживаю за адресою _____,

документ, що посвідчує особу _____ серія _____ № _____,

(тип документу)

виданий _____ «__» _____ року

(орган, яким виданий документ)

заявляю, що надані мною до ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ» документи є справжніми та були отримані в установленому порядку.

На виконання вимог Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI, я надаю згоду Міністерству освіти і науки України, ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ» на обробку та зберігання моїх персональних даних.

Мої персональні дані, на обробку яких надано цю згоду, можуть бути передані третім особам: уповноваженим органам, організаціям та установам на території України.

Дана мною згода діє безстроково, але в будь-якому випадку дається на термін до досягнення мети обробки персональних даних і може бути відкликана за заявою, направленою до ПВНЗ «КИЇВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ».

Прізвище, ініціали власника документів

Підпис власника

Дата подачі заяви