

Исполняющему обязанности
ректора ГАГУ
Павлову Е.В.

Дата рожд-я _____
тел. _____

Заявление

Прошу выдать **дубликат**

(указать вид документа)

на имя _____, выданный
ранее Горно-Алтайским государственным университетом
на имя _____ в _____ году по
специальности/направлению подготовки _____

форма обучения _____, в связи с утратой оригинала
(указать причину)/технической ошибкой/сменой фамилии, или
имени или отчества/
иное _____.

(нужное подчеркнуть/иное заполнить)

К заявлению прилагаю:

- номер СНИЛС* _____
- копию паспорта*
- копию свидетельства о браке/о смене фамилии/имени/отчестве*
- вырезку объявления из газеты об утрате диплома*
- копию справки о пожаре установленного образца*
- согласие на обработку персональных данных*
- иное _____

(нужное отметить
и заполнить)

ЧЧ.ММ.ГГ.

подпись

*-обязательные пункты для заполнения

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,

проживающий/ая по адресу _____

Паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(серия и номер, дата выдачи, сведения о выдавшем органе)

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и Федерального закона от 30.12.2020 N 519-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "О персональных данных" с целью соблюдения законодательства в сфере образования и обеспечения ведения федеральной информационной системы «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку ФГБОУ ВО ГАГУ, юридический адрес Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, ул. Ленкина, д 1, (далее - Университет) моих персональных данных:

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> - фамилия (втч. урожденная _____), имя, отчество | (нужное отметить) |
| <input type="checkbox"/> - число, месяц, год рождения | |
| <input type="checkbox"/> - сведения об обучении в ГАГУ (годы обучения, форма обучения) | |
| <input type="checkbox"/> - данные о дипломе (серия, номер, дата выдачи) | |
| <input type="checkbox"/> - номер СНИЛС | |
| <input type="checkbox"/> - паспортные данные | |
| <input type="checkbox"/> - номер контактного телефона | |

Представляю Университету право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными о получении образования, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с целью подготовки и оформления дубликата_____.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и прекращает действие в срок, не превышающих трех рабочих дней, с даты достижения цели обработки персональных данных либо отзыва согласия на обработку своих персональных данных.

/

(дата)

(подпись)/

(расшифровка подписи)