Приложение 2.

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ СОИСКАТЕЛЯ

В квалификационную комиссию

ООО Центр оценки квалификаций

«Эксперт»

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата рождения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| место работы | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| должность | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| домашний адрес | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| телефон | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**

Прошу принять документы для проведения оценки соответствия квалификаций экскурсовода/гида-переводчика (нужное подчеркнуть)

требованиям Национальных стандартов ГОСТ Р и Профстандарта № 162.

К заявлению прилагаю:

1. Копию паспорта (2-3 С.)
2. Копию подтверждающих образование документов
3. Копию выписки из трудовой кн. об опыте работы в должности экскурсовода, либо договор ГПХ, подтверждающий опыт экскурсионной деятельности (при наличии)
4. Рекомендательное письмо от направляющей организации (музей, ООПТ, туроператор)
5. Резюме (указать самостоятельно разработанные экскурсии)
6. Технологическая карта экскурсии.
7. Для гидов-переводчиков – контрольный текст экскурсии на русском и иностранном языке.

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

Дата Подпись заявителя Расшифровка подписи

Заявление-согласие субъекта на обработку его персональных данных

Я,

проживающий(-ая) по адресу

паспорт серии , номер выданный

« » года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО ЦОК «Эксперт», расположенному по адресу г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 19, офис 24 на обработку представленных мною персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, образование, трудовая деятельность, контактный(е) телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), ИНН, состояние здоровья (при необходимости), биометрические персональные данные (фотографии), и предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, уточнение, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС, территориальный орган Пенсионного фонда, налоговой инспекции. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах. Я ознакомлен(а) с документами учреждения, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует на период договорных отношений по оценке квалификаций и сертификации туристских услуг. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2024 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)