**Форма предоставления персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Телефон для связи |  |
| E-mail |  |
| Адрес (места жительства) |  |
| Название университета |  |
| Факультет/Институт |  |
| Кафедра |  |
| Уровень образования (специалитет, магистратура) |  |
| Форма обучения (очная, очно-заочная, заочная) |  |
| Название дипломной работы |  |
| ФИО научного руководителя |  |
| E-mail научного руководителя |  |

Я подтверждаю, что, предоставляю верные персональные данные, действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Подпись) (Расшифровка подписи)*