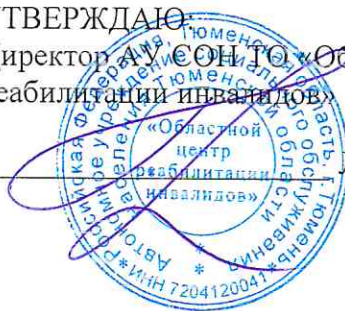


Приложение № 1  
к приказу № 98 от « 19 » августа 2021 г.

УТВЕРЖДАЮ  
Директор АУ СОН ТО «Областной центр  
реабилитации инвалидов»

\_\_\_\_\_  
Л. Р. Нуримухаметова



### ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке приема и отчисления обучающихся по дополнительным общеразвивающим программам в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов»

## 1. Общие положения

1.1. Положение о порядке приема и отчисления обучающихся по дополнительным общеразвивающим программам в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» (далее – Положение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации, приказом Минпросвещения России от 09.11.2018 №196 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам», Уставом и иными локальными нормативными актами АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

1.2. Настоящее Положение регламентирует порядок приема на обучение и отчисления по дополнительным общеразвивающим программам (далее – ДОП).

Прием проводится в соответствии с условиями реализации программ, возрастными особенностями обучающихся

## 2. Организация приема слушателей

2.1. В АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» к освоению ДОП допускаются лица без предъявления требований к уровню их образования и подготовки в соответствии с возрастом, для которого разработана конкретная образовательная программа (если иное не обусловлено спецификой реализуемой образовательной программы).

2.2. Прием на обучение проводится на принципах равных условий приема для всех поступающих.

2.3. Вступительные испытания при приеме на обучение по ДОП не предусматриваются.

2.4. Прием слушателей осуществляет структурное подразделение АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» - «Агентство по развитию социальных технологий и коммуникациям».

2.5. При приеме на обучение слушатели знакомятся с лицензией АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на осуществление образовательной деятельности, с Программой обучения и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, на официальном сайте АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» (<http://www.orci72.ru/>).

2.6. Прием слушателей может осуществляться на бесплатной основе в рамках государственного задания Департамента социального развития Тюменской области или платной основе в рамках договора об оказании платных образовательных услуг с физическим или юридическим лицом, выступающим в качестве заказчика и обязующимся оплатить обучение лиц(а), зачисляемых(ого) на обучение.

2.7. На бесплатной основе согласно государственному заданию Департамента социального развития Тюменской области зачисляются:

- граждане с инвалидностью, проживающие на территории Тюменской области;
- дети-инвалиды, проживающие на территории Тюменской области;
- родители (законные представители) детей-инвалидов, проживающих на территории Тюменской области;
- члены семей граждан с инвалидностью, проживающих на территории Тюменской области;
- сотрудники организаций, подведомственных Департаменту социального развития Тюменской области;



– обучающиеся по ДОП для последующего осуществления добровольческой (волонтерской, благотворительной) деятельности, соответствующей образовательной программе.

2.8. Прием слушателей на обучение по ДОП осуществляется на основании приказа директора АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» о зачислении лиц(а) на обучение по ДОП.

2.9. Изданию приказа о зачислении на обучение по ДОП предшествует:

– на бесплатной основе: прием личного заявления от родителя (законного представителя) или совершеннолетнего лица о предоставлении услуги (от физического лица) (Приложение № 1, № 2) или прием заявки на бесплатное обучение от организаций, подведомственных Департаменту социального развития Тюменской области (Приложение № 3);

– на платной основе: прием заявки на платное обучение от юридического лица (Приложение № 4) или личного заявления от родителя (законного представителя) или совершеннолетнего лица о предоставлении услуги (от физического лица) (Приложение № 1, № 2) и последующее заключение договора об оказании платных образовательных услуг с физическим или юридическим лицом, выступающим в качестве заказчика и обязующимся оплатить обучение лиц(а), зачисляемых(ого) на обучение.

2.10. Поступающие на обучение в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» также предоставляют в обязательном порядке следующие документы:

- согласие на обработку персональных данных (Приложение № 5);
- заполненную анкету слушателя (Приложение № 6).

Поступающие, представившие заведомо ложные документы, несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

2.11. Заявки/заявления о приеме слушателей могут быть направлены в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» одним из следующих способов:

- посредством электронной почты;
- посредством факсимильной связи;
- почтовым отправлением;
- лично по месту нахождения АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

В случае отказа поступающего на обучение предоставить согласие об обработке персональных данных, АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» не сможет совершать любые действия, связанные с обработкой персональных данных, в связи с чем слушателю может быть отказано в услугах, требующих такой обработки.

2.12. АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» также может отказать в приеме на обучение в следующих случаях: несоответствие возраста поступающего возрастным требованиям программы; отсутствие свободных мест (при этом обратившийся может быть записан в резерв, при появлении мест будет предложено зачисление).

2.13. Прием лиц на обучение по ДОП осуществляется на очную, очно-заочную и заочную формы обучения в течение всего календарного года.

2.14. Количество обучающихся по ДОП определяется в соответствии с государственным заданием учредителя, финансовыми, материально-техническими и кадровыми возможностями АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов. Зачисление осуществляется в порядке очередности подачи заявлений/заявок.

2.15. Договор об оказании платных образовательных услуг заключается между АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» в лице директора и лицом, зачисляемым на обучение, или иным физическим и (или) юридическим лицом, имеющим намерение заказать либо заказывающим платные образовательные услуги для себя или иных лиц на основании договора.

2.16. Заключение договора об оказании платных образовательных услуг осуществляется в соответствии с примерной формой договора об образовании на обучение по дополнительным образовательным программам.

2.17. Права и обязанности обучающегося, предусмотренные законодательством об образовании и локальными нормативными актами АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», возникают у лица, принятого на обучение по ДОП, с даты зачисления.

2.18. Поступающие имеют право отозвать и забрать предоставленные ими документы, подав заявление.

### **3. Отчисление слушателей**

3.1. Отчисление обучающихся по ДОП осуществляется:

3.1.1. в установленные сроки, в связи с завершением обучения;

3.1.2. досрочно по инициативе обучающегося или его родителя (законного представителя) в следующих случаях:

– по собственному желанию (ускоренное освоение программы);

– по уважительным причинам (по семейным обстоятельствам; по медицинским показаниям; увольнением);

– в связи с нежеланием продолжать обучение;

3.1.3. досрочно по инициативе АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» в следующих случаях:

– применение к обучающемуся отчисления как меры дисциплинарного взыскания за неисполнение или нарушение обязанностей и (или) требований, предусмотренных Уставом АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», Правилами внутреннего распорядка, договором об оказании платных образовательных услуг;

– в связи с невыполнением учебного плана (индивидуального учебного плана) по причине прекращения освоения ДОП, в том числе непосещения учебных занятий (для очной формы обучения);

– в случае просрочки оплаты стоимости платных образовательных услуг, а также в случае, если надлежащее исполнение обязательства по оказанию платных образовательных услуг стало невозможным вследствие действий (бездействия) слушателя (заказчика);

– в случае невозможности надлежащего исполнения обязательств по оказанию образовательных услуг вследствие действий (бездействия) слушателя;

– по обстоятельствам, не зависящим от воли слушателя, в том числе, в случае ликвидации АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов»;

– в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

3.2. Отчисление обучающихся в связи с завершением обучения осуществляется на основании приказа директора АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов»

3.3. На основании приказа об отчислении слушателей в связи с завершением обучения выдается сертификат по образцу, установленному АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» самостоятельно.



3.4. Досрочное отчисление обучающегося, за исключением случаев отчисления по инициативе АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», осуществляется по заявлению обучающегося или его родителя (законного представителя) на имя директора АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» или по письменному заявлению юридического лица, выступающего в качестве заказчика обучения.

3.5. Отчисление обучающегося оформляется приказом директора АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на основании представленных документов. В случае, если с обучающимся заключен договор об оказании платных образовательных услуг, при досрочном прекращении образовательных отношений такой договор расторгается на основании приказа об отчислении из АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

3.6. Обучающийся, отчисленный по инициативе АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», может быть восстановлен по решению директора АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» в случае установления факта нарушения АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» прав обучающихся при отчислении.

#### **4. Заключительные положения**

4.1. Настоящее Положение вступает в силу с момента его утверждения и действует до официальной отмены или до принятия нового локального нормативного акта.

4.2. Все вопросы, связанные с организацией работы по приему слушателей в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» для обучения по ДОП и неурегулированные настоящим Положением, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Внесение изменений и дополнений в настоящее Положение утверждается директором АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

Директору  
АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации  
инвалидов»

\_\_\_\_\_ (ФИО)

От \_\_\_\_\_ (ФИО)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ СЛУШАТЕЛЯ  
В АУ СОН ТО «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»**

Я, \_\_\_\_\_, (ФИО)

прошу зачислить меня в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на обучение по программе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование программы)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

С условиями обучения и оплаты согласен(а)<sup>1</sup>.

С Уставом АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», лицензией на право осуществления образовательной деятельности и приложениями к ней, правилами внутреннего распорядка для слушателей, дополнительной образовательной программой и другими документами АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а).

Согласен(а) на сбор и обработку своих персональных данных.

Приложение:

1. согласие на обработку персональных данных;
2. анкета слушателя.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

<sup>1</sup> для поступающих на платной основе

Директору  
АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации  
инвалидов»

\_\_\_\_\_ (ФИО)

От \_\_\_\_\_ (ФИО)

**ЗАЯЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ СЛУШАТЕЛЯ  
В АУ СОН ТО «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ»**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО),

прошу зачислить несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ ,  
родителем/законным представителем которого я являюсь в АУ СОН ТО «Областной центр  
реабилитации инвалидов» на обучение по программе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование программы)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

С условиями обучения и оплаты согласен(а)<sup>2</sup>

С Уставом АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», лицензией на право осуществления образовательной деятельности и приложениями к ней, правилами внутреннего распорядка для слушателей, дополнительной образовательной программой и другими документами АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а).

Согласен(а) на сбор и обработку своих персональных данных.

Приложение:

1. согласие на обработку персональных данных;
2. анкета слушателя.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

<sup>2</sup> для поступающих на платной основе

ОФОРМЛЯЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Директору  
АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации  
инвалидов»

### ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ

\_\_\_\_\_ (наименование организации)  
в лице директора

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
действующего на основании

просит Вас зачислить в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на обучение по  
программе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование программы)  
следующих сотрудников:

№ п/п	ФИО	Место работы, занимаемая должность	Образование	Адрес электронной почты, контактный телефон

Директор

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
Расшифровка подписи

М.П.



ОФОРМЛЯЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Директору  
АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации  
инвалидов»

### ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ

\_\_\_\_\_ (наименование организации)  
в лице директора

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
действующего на основании

просит Вас зачислить в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на обучение по  
программе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование)

следующих сотрудников:

№ п/п	ФИО	Место работы, занимаемая должность	Образование	Адрес электронной почты, контактный телефон

Оплату гарантируем.

Реквизиты организации:

Директор

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
Расшифровка подписи

Главный бухгалтер

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
Расшифровка подписи

М.П.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Автономному учреждению социального обслуживания населения Тюменской области «Областной центр реабилитации инвалидов», далее по тексту АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным Федеральным законом, следующих персональных данных о себе: фамилия, имя, отчество; паспортные данные; пол; дата и место рождения; гражданство; место жительства; сведения об образовании, месте работы и должности; месте учебы; сведения о наличии/отсутствии инвалидности; телефон; адрес электронной почты.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в рамках осуществления АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» образовательной деятельности с целью учета слушателей; выдачи сертификатов о прохождении обучения, восстановления и выдачи дубликатов сертификатов о прохождении обучения, подтверждающих прохождение обучения; формирования статистических и аналитических отчетов по образовательной деятельности учреждения; а также хранения информации о слушателях в архиве на бумажных и/или электронных носителях, в автоматизированных системах обработки данных.

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), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» имеет право во исполнение своих обязанностей по настоящему согласию на обмен (приме и передачу) моими персональными данными с третьими лицами с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Я проинформирован, что АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

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

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления соответствующего письменного заявления по адресу: 625001, Тюменская область, город Тюмень, ул. Уральская, д.60, корп.1, АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (дата и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

являясь законным представителем

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

паспорт гражданина Российской Федерации или свидетельство о рождении (серия-номер):  
\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.,

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_  
(документ, подтверждающий законные полномочия представителя)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие Автономному учреждению социального обслуживания населения Тюменской области «Областной центр реабилитации инвалидов», далее по тексту АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на обработку любым способом, предусмотренным вышеуказанным Федеральным законом, следующих моих персональных данных и данных моего ребенка: фамилия, имя, отчество; паспортные данные/данные свидетельства о рождении; пол; дата и место рождения; гражданство; место жительства; сведения об образовании; месте работы и должности; месте учебы; сведения о наличии/отсутствии инвалидности; телефон; адрес электронной почты.

Я даю согласие на использование моих персональных данных в рамках осуществления АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» образовательной деятельности с целью учета слушателей; выдачи сертификатов о прохождении обучения, восстановления и выдачи дубликатов сертификатов о прохождении обучения, подтверждающих прохождение обучения; формирования статистических и аналитических отчетов по образовательной деятельности учреждения; а также хранения информации о слушателях в архиве на бумажных и/или электронных носителях, в автоматизированных системах обработки данных.

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), обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» имеет право во исполнение своих обязанностей по настоящему согласию на обмен (приме и передачу) моими персональными данными с третьими лицами с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер,



обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Я проинформирован, что АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

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

Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент путем направления соответствующего письменного заявления по адресу: 625001, Тюменская область, город Тюмень, ул. Уральская, д.60, корп.1, АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*Подпись* *Расшифровка подписи*

## АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ

1. Фамилия	
2. Имя	3. Отчество
4. Пол	5. Дата рождения
6. Место рождения	
(село, деревня, город, район, область)	
7. Гражданство	
8. Паспорт серия, номер	кем и когда выдан
9. Место жительства	
(село, деревня, город, район, область)	
10. Место работы, должность	
11. Образование	
12. Наличие инвалидности	
13. Телефон	14. Электронная почта

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  
(дата заполнения)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / (расшифровка подписи)

## АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ

1. Фамилия \_\_\_\_\_

2. Имя \_\_\_\_\_ 3. Отчество \_\_\_\_\_

4. Пол \_\_\_\_\_ 5. Дата рождения \_\_\_\_\_

6. Место рождения \_\_\_\_\_  
(село, деревня, город, район, область)

7. Гражданство \_\_\_\_\_

8. Номер, серия паспорта/свидетельства о рождении \_\_\_\_\_  
кем и когда выдан \_\_\_\_\_

9. Место жительства \_\_\_\_\_  
(село, деревня, город, район, область)

10. Место учебы/факультет, курс/класс \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Ф.И.О. родителей \_\_\_\_\_

12. Телефон для связи \_\_\_\_\_

13. Наличие инвалидности \_\_\_\_\_

14. Телефон \_\_\_\_\_ 15. Электронная почта \_\_\_\_\_

Если имеется необходимость создания специальных условий при реализации образовательной программы в связи с ограниченными возможностями здоровья или наличием инвалидности, указать какие

\_\_\_\_\_

(ФЗ-273 «Об образовании в Российской Федерации» от 21.12.2012, статья 5 «парво на образование. Государственные гарантии реализации права на образование в Российской Федерации»; статья 79 «Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата заполнения)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)



