

Директору ФГБПОУ

“Медицинский колледж”

В.А. Шароновой

От _____

Место раб: _____

Тел: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня на обучение в ФГБПОУ “Медицинский колледж”

На цикл повышения квалификации, профессиональной переподготовки
(нужное подчеркнуть)

По программе : _____

По специальности: _____

В срок с «___» _____ г. по «___» _____ г.

На договорной основе.

С условиями зачисления и требованиями, предъявляемыми к обучающемуся данной программы, ознакомлен(а). На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на).

С документами, регламентирующими образовательную деятельность ФГБПОУ “Медицинский колледж”, дополнительного образования и условиями образовательной услуги ознакомлен(а).

«___» _____ 2018 г.

Подпись