

Директору ФГБПОУ
«Медицинский колледж»
В.А. Шароновой

От _____

(Ф.И.О. полностью)

Место работы, должность _____

Дата рождения _____

Тел. _____

Эл. почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня на цикл повышения квалификации/профессиональной переподготовки (нужное подчеркнуть)

По программе: _____

По специальности: _____

В срок с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

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

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

На договорной основе.

Дата _____

Подпись _____