Ректору ЧУ ДПО Институт непрерывного

 профессионального образования в сфере здравоохранения

Файзуллину Т.Ф.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. полностью)

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

Место работы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Домашний адрес, индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Телефон мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать обязательно)

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать обязательно)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня слушателем курса по программе дополнительного профессионального образования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

с целью (повышения квалификации/профессиональной переподготовки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нормативный срок освоения \_\_\_\_\_\_\_ часа

с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г.

Несу полную ответственность за достоверность предоставляемых о себе сведений

С Уставом ЧУ ДПО «Институт непрерывного профессионального образования в сфере здравоохранения», лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и его приложениями, Порядком приема, зачисления и отчисления слушателей на программы дополнительного образования в Институте непрерывного профессионального образования в сфере здравоохранения, Правилами внутреннего распорядка образовательного процесса, дополнительной образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С правами и обязанностями обучающихся, установленными локальными нормативными актами ЧУДПО ИНПОВСЗ ознакомлен(а).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению в обязательном порядке прилагаю все заверенные в установленном порядке копии документов по утверждённому перечню.

Даю согласие на обработку персональных данных в объёме представленных документов.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)