Ректору ЧУ ДПО

«Институт последипломного

медицинского образования»

Аксёновой Н.Л.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моб. Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать обязательно)

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

(указать обязательно)

Заявление

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

(профессиональная переподготовка, повышение квалификации, тематическое усовершенствование….), нужное подчеркнуть.

Нормативный срок освоения программы \_\_\_\_\_ часа.

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен.

К заявлению в обязательном порядке прилагаю все заверенные руководством учреждения направившего меня на обучение, и специалистом кадрового подразделения копии документов по утверждённому перечню.

Даю согласие на обработку персональных данных в объёме представленных документов.

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

(подпись)

  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.