Рег. № \_\_\_\_

Зачислить на обучение по дополнительной профессиональной программе – программе повышения квалификации «Сопровождение лиц с инвалидностью и ОВЗ в системе профессионального образования»

*Название программы*

Приказ № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (Н.Л. Полторацкая)

Директору ОГБПОУ «Смоленский

педагогический колледж»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Фамилия

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Имя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Отчество

(при наличии)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гражданство |  | серия |  | номер |  | Дата выдачи |  |
| Орган, выдавший документ |  | | | | | Код подразделения |  |
| Дата рождения |  | | | | | | |

Адрес регистрации:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Город/поселок/деревня |  | Улица |  |
| дом |  | корпус |  | квартира |  |

Адрес фактического проживания: совпадает с адресом регистрации

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Индекс |  | Город/поселок/деревня |  | Улица |  |
| дом |  | корпус |  | квартира |  |
| Email |  | | Телефон мобильный |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| СНИЛС |  |

Реквизиты документа об образовании:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа |  | номер | серия | Дата выдачи |  |
| Полное наименование учебного заведения | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем на обучение по дополнительной профессиональной программе – программе повышения квалификации «Сопровождение лиц с инвалидностью и ОВЗ в системе профессионального образования» в объеме 72 часов.

С лицензией на осуществление образовательной деятельности с приложениями, свидетельством о государственной аккредитации с приложениями, с Уставом колледжа ознакомлен(а):

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на)

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

подпись / расшифровка