|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору ФГБОУ ВО СПбГАУ (*уполномоченному им лицу*) |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. | ФАМИЛИЯ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2. | ИМЯ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3. | ОТЧЕСТВО |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   4. Дата рождения ……… ……..… …………...  (число) (месяц) (год)  5. Адрес регистрации (проживания)………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………  6. Документ, удостоверяющий личность  ……………………………………. …Серия…………………………Номер…………………………………  7. Дата выдачи……………………Выдан (кем и когда)……………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………..  8. Место работы  9. Занимаемая должность  10. Стаж работы (лет): общий , в занимаемой должности  11. Адрес организации и раб. телефон      12. Контактный телефон  13. E-mail…………………………………………………………………………………………......  14. **СНИЛС\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня в число слушателей на обучение по ДПП повышения квалификации/профессиональной переподготовки **(нужное подчеркнуть)**:

**«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

на основе договора с юридическим лицом/ на основе договора с физическим лицом /за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета/за счет бюджетов субъектов Российской Федерации **(нужное подчеркнуть).**

Образование: (для лиц, имеющих среднее профессиональное и (или) высшее образование):

- бакалавр; - специалист; - магистр; - среднее профессиональное **(нужное подчеркнуть).**

Окончил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации, серия и номер документа об образовании и год выдачи)

Специальность по диплому\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обучаюсь (для лиц, получающих среднее профессиональное и (или) высшее образование) в:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_----------------------------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации, предполагаемый срок окончания)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| С копией Лицензии на право осуществления образовательной деятельности, приложением к ней, Уставом ФГБОУ ВО СПбГАУ, Правилами внутреннего распорядка и охраны труда ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| Согласен(на) на обработку моих персональных данных в целях организации обучения  Поступающие, представившие заведомо ложные документы (информацию), несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.  С правилами по технике безопасности при проведении практических и выездных занятий, мероприятий ознакомлен/ознакомлена | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ПОДПИСЬ) |