

ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж»

**ДЕЛО**

лица, обучающегося на отделении дополнительного  
профессионального образования

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ (полных лет) \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Уровень образования \_\_\_\_\_

Специальность по диплому \_\_\_\_\_

Программа обучения \_\_\_\_\_

Вид обучения:

ПО  ДО  ДПО ПП  ДПО ПК  (нужное отметить)

Трудоемкость (час) \_\_\_\_\_

Порядок оплаты: физ. лицо  юр. лицо  (нужное отметить)

\_\_\_\_\_ (для юр. лица наименование организации)

Номер телефона обучающегося \_\_\_\_\_

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

