

ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж»

**ДИРЕКТОРУ ГБПОУ СК «ПЯТИГОРСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
ТРУНАЕВОЙ В.В.**

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____	Документ, удостоверяющий личность: _____ Серия _____ № _____ Кем и когда выдан _____ _____
---	---

Проживающего(-ей) по адресу: _____

СНИЛС _____ ИНН _____

Телефон: _____ E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить меня _____
 (ФИО полностью)

на отделение дополнительного профессионального образования и заключить договор на оказание платных образовательных услуг по программе: _____

_____ трудоемкость (часов) _____

Вид обучения: ПО ДО ДПО ПП ДПО ПК
 (нужное отметить)

Форма обучения: очно-заочное очно-заочное с применением ЭО и ДОТ ДО
 (нужное отметить)

О себе сообщаю следующее:

Документ об образовании	аттестат <input type="checkbox"/> диплом <input type="checkbox"/> серия _____ № _____ кем и когда выдан _____
Фамилия, указанная в документе об образовании	_____
Место работы	_____ _____
Иные документы (при наличии)	_____ _____

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, Уставом колледжа, правилами внутреннего распорядка, локально-нормативной документацией, инструкциями, образовательной программой, ознакомлен(а)	_____ (подпись)
Подлинность предоставляемых документов и информации подтверждаю	_____ (подпись)
Я даю согласие на осуществление обработки своих персональных данных ГБПОУ СК «Пятигорский медицинский колледж», отделению ДПО в вышеуказанных целях. Подтверждаю, что мои права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.	_____ (подпись)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____

подпись

(ФИО)