|  |
| --- |
| Ректору АНО ДПО «СПбМИПК» Филину М.М. |
| от  |
|  |
| Паспорт серия №  |
| выдан  |
|  |
|  « » 20 г.  |
| Зарегистрирован по адресу:  |
|  |
|  |
| Телефон:  |
| E-mail: |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по программе:

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

(указывается наименование программы обучения)

Имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ образование, по профессии / специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (высшее/среднее/не имею)

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

Ознакомлен с уставом Института, лицензией на осуществление образовательной деятельности, правилами и договором на оказание платных образовательных услуг, положением о производственной практике и иными нормативными актами, регламентирующими образовательную деятельность АНО ДПО «СПбМИПК»

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

 (подпись)

Согласен на обработку моих персональных данных, в соответствии с Положением АНО ДПО «СПбМИПК» [О защите и обработке персональных данных в АНО ДПО «СПбМИПК»]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 (подпись) (расшифровка полностью)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)