Директору ЧУЗ «Клиническая больница

«РЖД-Медицина» города Нижний Новгород»

Дворчик А.В.

**З А Я В Л Е Н И Е**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающий (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания)

прошу принять меня на обучение по дополнительной профессиональной программе:

программе повышения квалификации / программе профессиональной переподготовки

нужное подчеркнуть

форма обучения: очная, очно-заочная, заочная

подчеркнуть нужное

название программы, кол-во уч. часов:

О себе сообщаю:

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные паспорта: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_,

кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об образовании:

образовательное учреждение, год окончания, специальность по диплому

Место работы, занимаемая должность

Контакты для обратной связи:

тел., электронная почта

« » 20 г.

Подпись: /

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой, локальными нормативными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а).

« » 20 г.

Подпись: /

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных.

Приложение: согласие на обработку персональных данных на 1 л.

(подпись) (инициалы, фамилия)

« » 20 г.