Директору МК ЖТ ИрГУПС

Козловой Л.С.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение по основной программе профессионального обучения.

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

в объеме \_\_\_\_\_\_\_часов с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

по очной, заочной, очно/заочной форме обучения.

(нужное подчеркнуть)

С Уставом ФГБОУ ВО ИрГУПС, лицензией на осуществление образовательной деятельности и приложениями к ней, правилами внутреннего распорядка слушателей и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, размещенными на сайте www.irgups.ru ознакомлен (а).

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

подпись Фамилия И.О.

**К заявлению прилагается копия диплома об образовании**

**УЧЕТНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

**Программа обучения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Срок обучения с** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

С «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **– заочно,** с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **– очно**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ф.И.О. слушателя | |  |
| Возраст | |  |
| Отношусь к маломобильным группам населения | | ( заполняется добровольно) |
| Дата рождения (*число, месяц, год*) | |  |
| Паспорт (*серия, номер*  *дата выдачи, кем выдан*) | |  |
| Адрес места жительства *(с указанием индекса)* | |  |
| Уровень образования | | * среднее профессиональное * высшее (бакалавриат) * высшее (специалитет, магистратура) |
| Документ об образовании | Образовательное учреждение, год окончания |  |
| Место работы | |  |
| Должность | |  |
| Стаж работы | | общий в занимаемой должности |
| Контактный телефон | |  |
| e-mail | |  |

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

(подпись) (фамилия И.О.)

Подпись специалиста ОДО МК ЖТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_