|  |  |
| --- | --- |
|  | Зам. директора ФГБНУ «ИКП РАО»Д.А. Карповой |
|  |
|  |
| Фамилия (от кого?) |
|  |
| Имя |
|  |
| Отчество |
|  |
| Контактный телефон |
|  |
| e-mail |
|  |

**Заявление**

Прошу принять меня на обучение в период с 28.06.2021 по 03.07.2021 по программе повышения профессиональной квалификации: **«Диагностика и коррекция расстройств аутистического спектра у детей раннего и дошкольного возраста»** на платной основе (нужное подчеркнуть):

* самостоятельно
* за счет направляющей организации

**С условиями обучения согласен(на). С Уставом ФГБНУ «ИКП РАО», Лицензией на право осуществления образовательной деятельности, внутренним распорядком, планом обучения, расписанием занятий и перечнем предоставляемых документов ознакомлен(а)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

|  |  |
| --- | --- |
| **О себе сообщаю следующее:** | Пол: М / Ж |
| Дата рождения: |   | Гражданство: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Документ, удостоверяющий личность | **паспорт** | серия |  | номер |  |
| выдан:  |  |
|  |  |
| дата выдачи: |  |
| Адрес регистрации |  |
|  |
| Почтовый адрес (с указанием индекса): |  |
|  |
| Образование  |  |
|  |
| Окочил(а) |  |
|  |  |
| Диплом получен:  | дата |  | серия |  | номер |  |
| Квалификация по диплому |  |
| Специальность по диплому |  |
| Место работы |  |
| Должность |  |
| Стаж работы |  |

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

**даю согласие на обработку своих персональных данных в соответствии ФЗ-152 от 27.07.2006 «О персональных данных»**

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

**К заявлению прилагаю копии документов об образовании**

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись