|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГБОУ СПО «Саянский медицинский колледж»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Трифонову Е.В.от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (место работы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 (Ф.И.О.полностью)

Заявление

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование дополнительной образовательной программы)

в объеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (срок обучения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись слушателя)

 С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, Уставом колледжа, Правилами приема специалистов на обучение по программам дополнительного профессионального образования в ГБОУ СПО «Саянский медицинский колледж» ознакомлен (а):

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

 (подпись слушателя)

С программой повышения квалификации ознакомлен (а):

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

 (подпись слушателя)