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