

**Заместителю декана по учебно-методической работе факультета дополнительного профессионального образования ООО "Института психического здоровья и аддиктологии"**

От гр.

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Паспортные данные:
Отчество _____	Серия _____ номер _____
Дата рождения _____	_____
Место рождения _____	_____
_____	_____

Адрес места регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Окончившегося(ей) \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение по программе (повышения квалификации, профессиональной переподготовки) \_\_\_\_\_

по специальности \_\_\_\_\_

Выполняемая работа \_\_\_\_\_

Стаж работы по данной специальности \_\_\_\_\_

*С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, Уставом, правилами внутреннего распорядка, правилами приема, образовательной программой, моими правами и обязанностями, условиями договора платных образовательных услуг Института психического здоровья и аддиктологии, ознакомлен(а), согласен (а):*

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

*В порядке, установленном Федеральным Законом от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе и передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, на срок: до и во время моего обучения:*

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.