Директору АНО ДПО

«ЦРМК – образовательные программы»

# Киселеву А.Ф.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение в Автономную некоммерческую организацию дополнительного профессионального образования «ЦРМК – образовательные программы» по Дополнительной программе повышения квалификации **«Повышение психологической компетентности специалистов проектов системы социальной защиты населения» (96 часов)** в XVI учебном потоке, с 11.09.23 г. по 04.12.23 г.

О себе сообщаю следующее(заполнять печатными буквами):

Фамилия, Имя, Отчество

**Дата рождения** « » г.

Адрес по месту проживания

Телефон (мобильный)

**Email**

Паспорт № выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **«** **»**  \_\_\_\_\_**г.**

**СНИЛС** (**номер)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование

(название образовательного учреждения, год окончания)

Специальность по диплому

Диплом № от « » г.

Дополнительное образование

(название ВУЗа, специальность, год окончания, № диплома)

Место работы и рабочий телефон

Должность

Я несу полную ответственность за подлинность указываемой информации и предоставляемых документов.

 . . ( )

(дата) (Фамилия Имя Отчество слушателя) (подпись)