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** **работников системы социальной защиты населения»** **(96 часов)** в XVI учебном потоке, с 11.09.23 г. по 04.12.23г.

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)