Ректору ФГБОУ ВО Кировский ГМУ

Минздрава России

Л.М. Железнову

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу зачислить меня в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе – программе профессиональной переподготовки / повышения квалификации *(нужное подчеркнуть)*

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

*(наименование дополнительной образовательной программы)*

на базе высшего / среднего профессионального образования (копия документа об образовании, справка об обучении прилагается). *(нужное подчеркнуть)*

В порядке, предусмотренном пп. 2,3 ст. 434 Гражданского кодекса РФ, предлагаю заключить договор на указанных выше условиях и вступить в качестве стороны по Договору от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20 г. №\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Договор), заключенному между Исполнителем ФГБОУ ВО Кировский ГМУ и заказчиком \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*наименование организации*

обязующимся оплатить мое обучение. Срок обучения определяется Договором.

С условиями Договора, со своими правами и обязанностями обучающегося по Договору ознакомлен(а), согласен(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись, расшифровка.

Ознакомлен(а) со следующими документами:

* уставом;
* лицензией на осуществление образовательной деятельности;
* образовательной программой;
* учебным планом;
* порядком приема, восстановления, перевода и отчисления, обучающихся по дополнительным образовательным программам
* иными локальными актами.

Имею свободный доступ к компьютеру и возможность выхода в интернет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(для сетевой и заочной формы обучения с применением дистанционных технологий) (подпись)*

С условиями обучения и оплаты согласен(на).

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

*(дата) (подпись) (расшифровка подписи)*