

Директору
МБУ ДПО «ИГБ»
Калине В. С.

от _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Оказание первой помощи»

Откуда прибыл _____

Название организации _____

Телефон _____, e-mail _____

Должность в организации _____

Образование _____

С дополнительной профессиональной программой повышения квалификации «Оказание первой помощи», Уставом МБУ ДПО «ИГБ», Лицензией на осуществление образовательной деятельности и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса, правами и обязанностями ознакомлен(а).

Даю согласие на использование моих персональных данных в целях корректного оформления документов о прохождении обучения в МБУ ДПО «ИГБ».

Данное Согласие действует с момента начала обучения в МБУ ДПО «ИГБ» и до окончания обучения.

Я подтверждаю, что, давая Согласие, я действую по своей воле и в своих интересах.

« _____ » _____ 20 _____ г. Подпись _____