***Образец заявления от юридического лица***

***на обучение работника по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации на условиях оказания платных образовательных услуг***

|  |
| --- |
| **БЛАНК или ШТАМП организации** |

Директору

ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России

д.м.н., профессору

И.Ю. Макарову

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу Вас зачислить на условиях оказания платных образовательных услуг на обучение по программе **повышения квалификации**

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

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

*(наименование программы)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. полностью)*

работающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в должности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок обучения с «\_\_\_\_\_\_\_\_» по «\_\_\_\_\_\_\_\_»

**Сведения о специалисте:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование высшего учебного заведения, год окончания |  |
| Специальность по диплому |  |
| Интернатура/ординатура, специальность, год окончания |  |
| Профессиональная переподготовка, специальность, год окончания |  |
| Стаж работы по специальности  (указать специальность и стаж) |  |
| Гражданство |  |
| Данные СНИЛС |  |
| Контактный телефон |  |
| Е-mail |  |

Реквизиты организации для договора:

Полное наименование:

Юридический адрес:

Почтовый адрес:

Банковские реквизиты:

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

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

**Контактная информация (тел., e-mail) лица, ответственного за заключение Договора:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Прилагаем согласие на обработку персональных данных поступающего и копии документов:**

– удостоверяющих личность (страницы с указанием серии, номера, фото, места жительства);

– о высшем образовании;

– об окончании интернатуры/ординатуры (при наличии);

– о профессиональной переподготовке (при наличии);

– сертификата специалиста (при наличии) или свидетельства об аккредитации специалиста (при наличии);

– сведений о страховом свидетельстве обязательного пенсионного (государственного) страхования для граждан Российской Федерации (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии).

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (указать).

**Оплату образовательных услуг до начала обучения гарантируем.**

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

Должность руководителя подпись Ф.И.О.

М.П.