|  |  |
| --- | --- |
|  | КОМУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОТ КОГО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить обучение на условиях оказания платных образовательных услуг по программе профессиональной переподготовки/ повышения квалификации (выбрать необходимое)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| наименование программы | | |  | | | | | | |
| форма обучения | очная/очно-заочная/заочная | | | | | (выбрать необходимое) | | | |
| Сроки обучения | с |  | | 20 г. | по | |  | 20 г. |  |
| (фамилия, имя, отчество полностью) | | | | | | | | | |

Оплату гарантирую.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

дата

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО:  сроки обучения  с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года  по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года | |
| продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_ час. | |
| форма обучения: очная/очно-заочная/заочная | |
|  | (отметить) |
| зав.каф.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  И.О. Фамилия | |