

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения _____
Место рождения _____
СНИЛС: _____
Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность
_____ гражданство: _____
Серия и Номер _____
Когда и кем выдан: _____
Проживающего (ей) по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по адаптированным программам для лиц с ограниченными возможностями здоровья

При-т	Специальность (профессия)
1	

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в _____ году _____, вид образовательного учреждения: _____
Документ об образовании _____ Серия и номер документа об образовании: _____ Ср. балл: _____
Иностранный язык: _____
Общежитие: _____
При поступлении имею следующие льготы _____

Получение профессионального обучения по адаптированным программам получаю: Впервые/ не впервые

Семья:

Родство	ФИО	Дата рождения	Телефон

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности и приложениями к ним, с образовательными программами, правилами внутреннего распорядка для обучающихся, правилами приема, условиями обучения, правилами подачи апелляции и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся **ознакомлен (а):**

Подпись поступающего _____

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **согласен (на):**

Подпись поступающего _____

С информацией по реализации образовательных программ с применением дистанционных образовательных технологий **ознакомлен (а):**

Подпись поступающего _____

С датой предоставления подлинника документа об образовании и (или) документ об образовании и о квалификации **ознакомлен (а):**

Подпись поступающего _____

Правильность информации подтверждаю

Заявление проверил работник ПК

(Подпись поступающего)

Дата

Подпись Ф.И.О.