

Директору
ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования
им.Ф.И.Иноземцева»
Кощеевой Н.А.

от _____

(Ф.И.О.)

Заявление

Прошу зачислить меня слушателем по программе дополнительного профессионального образования _____

с целью (повышения квалификации/профессиональной переподготовки)

с «_____» _____ 20_ г.

Сведения:

Фамилия, имя, отчество _____

Число, месяц и год рождения _____

Образование (с указанием вуза, специальности, даты начала и окончания обучения) _____

Место работы (название организации) _____

Рабочий телефон, факс, e-mail, контактное лицо _____

Должность _____

Домашний адрес (индекс, город, улица, дом, квартира) _____

Домашний телефон, e-mail _____

Мобильный телефон _____

▪ С Уставом образовательного учреждения, лицензией на право образовательной деятельности, Правилами приема на обучение по дополнительным профессиональным программам, дополнительной образовательной программой, Положением об информационной открытости, Положением об обработке и защите персональных данных, Правилами внутреннего распорядка для обучающихся ознакомлен(а).

▪ Согласен(а) на сбор и обработку своих персональных данных, на размещение Оператором групповой фотографии, содержащей мое изображение, на официальных аккаунтах Академии в социальных сетях и на сайте ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им.Ф.И. Иноземцева <http://inozem.online>

▪ Согласен(а) получать информационную рассылку по электронной почте.

(дата)

(подпись)

(расшифровка)