Директору ОГБУ ДПО «Костромской областной учебно-методический центр»

Л.В. Арслановой

**Заявка**

Прошу зачислить в состав обучающихся на курсы по программе профессиональной переподготовки/повышения квалификации/семинара

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименования муниципального образования | Наименование программы, количество часов | ФИО | Место работы, должность, рабочий телефон | Дата рождения | СНИЛС | Образование (наименование учреждения, серия, номер документа о ВО/СПО), **ФАМИЛИЯ** в документе | Контактная информация (ЛИЧНЫЙ адрес эл.почты, телефона для доступа к образовательному ресурсу) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Факт оплаты: физическое лицо/юридическое лицо (нужное подчеркнуть)

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(печать организации)

Подпись физического лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Примечание: к заявке прилагаются копии документов:*

*- копии диплома об образовании*

*- согласие на обработку персональных данных (форма прилагается)*

**Предоставление реквизитов для оплаты**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оплата через юридическое лицо****(предоставляются реквизиты организации)** | **Оплата физическим лицом****(Прописываются: серия и номер паспорта, прописка, СНИЛС, ИНН)** |
|  |  |