Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Калининградский институт переподготовки кадров агробизнеса»

ЗАЯВЛЕНИЕ СЛУШАТЕЛЯ

Прошу зачислить меня слушателем института

1. Фамилия

2. Имя

3. Отчество

4._____

(*программа обучения*)

5. Паспорт: серия _____ №_____ выдан_____

(*когда*)

_____ дата рождения

(*кем)*

6. Какое учебное учреждение окончил(а), в каком году _____

_____

_____

7. Специальность по диплому_____

8. Место работы _____

_____

(*наименование предприятия, организации)*

9.Занимаемая должность _____

10. Стаж работы: общий _____в данной должности _____

11. Адрес предприятия:

_____

_____

_____телефон, e-mail_____ _____

12. Домашний адрес:

_____

_____

_____ телефон, e-mail_____

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности и другими регламентирующими документам ознакомлен(а). Даю согласие на обработку моих вышеперечисленных персональных данных на период оказания образовательных услуг, а также для дальнейшего анализа в учебной работе.

«____» _____20_____г. _____

(подпись)