

Частная образовательная организация дополнительного профессионального образования «центр инновационных образовательных технологий «Профи» 350000, город Краснодар,

ул. Коммунаров 166/1 оф.2, тел +7 495 760 0 661,

ИНН/КПП 2308981230/231001001, ОГРН 1132300002394

Директор Наталья Владимировна Цеханова

Директору ЧОУ ДПО ЦИОТ «ПРОФИ»

Н.В. Цехановой от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрирован(а) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт РФ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление слушателя.**

Прошу зачислить меня на курс обучения по программе дополнительного профессионального образования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Длительностью \_\_\_\_\_\_\_\_часов, завершить обучение прошу\* к «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место работы указывается как место похождения стажировки. Или пишем «не работаю»**

* Я ознакомлен(а) и полностью соглашаюсь с условиями оферты, которая расположена в меню сайта, вкладка Оферта по адресу [**https://ipkmed.com/oferta**](https://ipkmed.com/oferta)**/** в сети Интернет. Я имею среднее или высшее медицинское образование, полученное на территории Российской Федерации.
* Мне понятна, и я принимаю политику конфиденциальности ЧОУ ДПО ЦИОТ «Профи», и я даю согласие на хранение, копирование обработку и уничтожение моих персональных данных ЧОУ ДПО ЦИОТ «Профи», мне известен порядок отзыва такого согласия, указанный меню сайта, вкладка «Оферта», подвкладка «Политика конфиденциальности» по адресу [**https://ipkmed.com/oferta/**](https://ipkmed.com/oferta/)
* Прошу зачислить меня на обучение по указанной выше специальности.
* Прошу допустить меня к сертификационному экзамену (итоговому тестированию) по указанной выше специальности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фамилия имя и отчество полностью, пишем от руки, шариковой ручкой**

Подпись слушателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Желаемая дата завершения является пожеланием слушателя. Дата завершения зависит от длительности курса, рассчитывается от даты зачисления, согласно Приказам Минздрава, рекомендациям Рос.обрнадзора, и рассчитывается **индивидуально.** Для расчета ориентировочной даты завершения следует разделить кол-во часов учебного курса на 36, это **приблизительно** равно количеству недель обучения.