**На бланке учреждения**

**Директору**

**ЧПОУ «Специалист»**

**Трубникову Н.А.**

**ЗАЯВКА**

на обучение работников организации по программе

«Обучение по использованию (применению) средств индивидуальной защиты»

**Сведения об организации для заключения договора**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное и сокращенное наименование организации |  |
| ФИО (полностью) руководителя организации |  |
| Должность руководителя, подписывающего договор |  |
| На основании Устава, доверенности, положения |  |
| Контактное лицо: ФИО, телефон |  |
| Телефон/факс, код города |  |
| Юридический адрес организации |  |
| Почтовый адрес организации |  |
| E-mail |  |
| ИНН |  |
| КПП |  |
| Банк |  |
| Расчетный счет |  |
| К/с |  |
| БИК |  |

Просим принять наших работников в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_человек 16 часов

**Список работников, направляемых на обучение**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №№п/п | Фамилия, имя, отчество(полностью) | Должность | Дата рождения полностьюСНИЛС |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**КОПИЯ СНИЛС ПРИЛАГАЕТСЯ**

С Правилами приема, Лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом, Правилами внутреннего распорядка, условиями организации приема и зачисления ознакомлен(а):

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

(Ф.И.О. обучающегося) (подпись обучающегося)

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

 (Ф.И.О. обучающегося) (подпись обучающегося)

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

(Ф.И.О. обучающегося) (подпись обучающегося)

Согласен(а) на обработку моих персональных данных, во исполнение требований Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г., указанных в данном заявлении и других представленных мною документах в ЧПОУ «Специалист»:

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

(Ф.И.О. обучающегося) (подпись обучающегося)

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

 (Ф.И.О. обучающегося) (подпись обучающегося)

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

(Ф.И.О. обучающегося) (подпись обучающегося)

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ф. И.О.

М.П

ЗАЯВКА НАПРАВЛЯЕТСЯпо электронной почте: umcot@mail.ruтел. (3532) 43-43-17

Исполнитель: ФИО, телефон