Директору ФГБНУ ВИЗР

Прошу принять меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «***Наименование программы***» в срок с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Ф. И. О. (полностью) |  |
| Паспорт | серия\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес регистрации/проживания |  |
| Дата, год и место рождения |  |
| Должность |  |
| Номер СНИЛС |  |
| Уровень образования (высшее, среднее профессиональное, среднее общее) |  |
| Контактный телефон,  e-mail |  |

Копии документов об образовании прилагаются. Оплату за обучение гарантирую произвести в течение 3 (трех) календарных дней с момента подписания Договора.

*ФИО Подпись*