|  |  |
| --- | --- |
| Директору Института медико-биологических технологий РУДН  Зудину Александру Борисовичу | |
| от |  |
|  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прошу зачислить меня в | Институт медико-биологических технологий | | |
| для прохождения обучения по программе | | «Организация инклюзивного | |
| образовательного процесса в учебно-методических центрах и профессиональных | | | |
| образовательных организациях среднего профессионального образования | | | |
| педагогическими работниками» | | | |
| с «24 июня 2019 года» по «13 сентября 2019 года». | | |  |

**О себе сообщаю следующие сведения:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. | | |  | | | | | | | | | |
| Пол |  | | | | | Дата рождения | | |  | | | |
| Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | | |  | | |
| серия | |  | | | номер | |  | | | | Дата выдачи |  |
| кем выдан | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Сведения об образовании | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | (номер диплома и дата его выдачи, название учебного заведения) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Специальность/квалификация | | | | | | | |  | | | | |
| Место жительства | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Место работы, должность | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Правильность и достоверность представленных сведений подтверждаю | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество полностью | | | | | | | | | | Подпись претендента | | |
| «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г. | | | | | | | | | |  | | |