|  |  |
| --- | --- |
| *Зачислить на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучения**Директор техникума* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А.Заволоко* | Директору ГАПОУ СО «Сысертский социально-экономический техникум «Родник»  И.А.Заволоко |
| фото*Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_* | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу принять меня на обучение по основной программе профессионального обучения профессиональной подготовки по профессии рабочих, должностям служащих, адаптированной для лиц с ограниченными возможностями здоровья

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Форма обучения – очная.

[ ] финансируемые из бюджета

[ ]  с полным возмещением затрат обучения

**О себе сообщаю следующие данные**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан (кем, когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (наименование образовательного учреждения)

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

 В приемную комиссию представлен документ об образовании:

[ ]  свидетельство (оригинал) [ ]  свидетельство (копия)

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

***С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен(а)***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия)

Образование по основной программе профессионального обучения профессиональной подготовки по профессии рабочих, должностям служащих, адаптированной для лиц
с ограниченными возможностями здоровья получаю впервые

[ ] да [ ] нет \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, инициалы)

Нуждаюсь в общежитии [ ] да [ ] нет

**Даю согласие на обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»; даю согласие на размещение информации и своих фотографий на официальном сайте техникума**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (фамилия, инициалы)

 **С Правилами приема на обучение по основным программам профессионального обучения профессиональной подготовки по профессии рабочих, должностям служащих, адаптированных для лиц с ограниченными возможностями здоровья, Уставом, лицензией, свидетельством о государственной аккредитации ОУ, локальными актами ОУ, ст. 34 «Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования» Федерального закона «Об образовании Российской Федерации» ознакомлен(а)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, инициалы)

 **Дополнительные сведения**

Имею статус сироты; ребенка, оставшегося без попечения родителей; лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (да/нет)

 Воспитанник детского дома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ опека/приемная семья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (да/нет) (да/нет)

Наличие инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , если «Да», группа инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (да/нет)

***О родителях (законных представителях)***

*Мать (лицо ее заменяющее)*

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Место работы:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Контактные телефоны: раб.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моб.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Отец (лицо его заменяющее)*

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Место работы:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Контактные телефоны: раб.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моб.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Состав семьи:* в семье \_\_\_\_\_\_ детей, из них несовершеннолетних (до 18 лет) \_\_\_\_\_\_\_\_ чел.

 **Согласно правилам приема к настоящему заявлению прилагаю следующие основные документы (оригиналы + копии)**:

[ ] Документ, удостоверяющий личность и гражданство

[ ] Документ государственного образца об образовании (свидетельство)

[ ]  4 фотографии 3х4 [ ]  Справка медицинской комиссии, форма 0-86у

*Дополнительные документы(оригиналы + копии):*

[ ]  Страховой медицинский полис [ ]  СНИЛС Прививочный сертификат [ ]

[ ]  Справка от психиатра (об отсутствии противопоказаний для обучения по профессии)

[ ]  Заключение ПМПК (при наличии)

*При наличии инвалидности:*

[ ]  Справка МСЭ [ ]  Индивидуальная программа реабилитации, или абилитации [ ]  Выписка из истории и развития болезни

 Дата подачи заявления: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года

Личная подпись поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, инициалы)

 Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)

Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)   (фамилия, инициалы)