|  |  |
| --- | --- |
| *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)