

БЮДЖЕТ

Директору БПОУ РК  
«Калмыцкий медицинский колледж  
им. Т.Хахлыновой»  
Манджиевой К.М.

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Проживающей(го) по адресу:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

должность \_\_\_\_\_  
организация \_\_\_\_\_  
номер телефона: \_\_\_\_\_  
электронная почта: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня слушателем цикла (профессиональной переподготовки, повышения квалификации)

\_\_\_\_\_  
наименование цикла  
\_\_\_\_\_

с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

с последующей сдачей сертификационного экзамена.

Дата

Подпись

С порядком оформления документов и выдачи сертификатов ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
подпись

Согласен(на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_  
подпись