Генеральному директору   
ООО «Центр непрерывного образования и инноваций»  
Завражину В.В.

**Заявка\*   
на обучение по дополнительным профессиональным программам  
(повышения квалификации, профессиональной переподготовки)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование организации** (заказчика) | |  | | | | |
| **Почтовый адрес организации** (заказчика) | |  | | | | |
| **Контактное лицо заказчика (куратор группы)** (ФИО, должность, тел., e-mail) | |  | | | | |
| **Желаемая дата начала обучения** (с 1 или 15 числа любого месяца) | |  | | | | |
| №  п/п | ФИО (полностью) | e-mail слушателя | телефон слушателя | ШИФР / наименование программы | почтовый адрес слушателя  (индекс, край, город, улица, дом, квартира) | место работы /должность слушателя |
| 1. 1 |  |  |  |  |  |  |
| 1. 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Оплата за обучение будет произведена***(выберете пожалуйста ниже нужное)*:

\_\_\_\_\_организацией (юридическим лицом) *(в данном случае необходимо вместе с заявкой направить реквизиты организации);*

\_\_\_\_\_работниками самостоятельно (физическими лицами);

\_\_\_\_\_частично работниками, частично организацией.

**Подтверждаю, что персональные данные лиц, указанных в заявке предоставлены с их согласия.**

Должность руководителя *подпись, печать* /ФИО/

\*Для скорейшей обработки просим направлять заявку в двух форматах: PDF, Word