Директору КГБПОУ «Бочкарёвский ЛПО» В.И. Мишуре

адрес: 659445 Алтайский край Целинный район

с. Бочкари ул. Мира,25

телефон/факс: 8(38596)32-5-38,

адрес электронной почты: uchilishe52.prof@mail.ru,

pkblpo@mail.ru

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. поступающего)

адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс: \_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**о приеме в образовательную организацию для обучения по программам профессиональной подготовки**

Прошу принять меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование и реквизиты документа, когда и кем выдан)

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) обучающегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

окончивший (ая) школу по адаптированным основным общеобразовательным программам образования обучающихся с интеллектуальными нарушениями

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

(реквизиты документа об образовании, когда и кем выдан),

для обучения в \_\_\_\_\_ учебном году по профессии "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" по очной форме получения образования.

 Отношусь к лицам, которым предоставлено право преимущественного или первоочередного приема в соответствии с ч. 4 ст.68 ФЗ «Об образовании в РФ»

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

(реквизиты подтверждающего документа)

В предоставлении общежития \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (нуждаюсь/не нуждаюсь).

С уставом образовательной организации, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими локальными нормативными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а).

Профессиональное образование получаю (впервые/не впервые)  (нужное подчеркнуть)

Даю согласие на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», на период обучения.

 Обязуюсь с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. по "15"августа 20\_\_ г. представить оригинал документа государственного образца об образовании.

Приложение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | наименование | дата | сдал | принял |
| 1 | Оригинал или копия документа, удостоверяющего личность, гражданство. |  |  |  |
| 2 | Оригинал или копия документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации. |  |  |  |
| 3. | Оригинал или копия СНИЛС |  |  |  |
| 4. | 4 фотографии. |  |  |  |
| 5. | Оригинал или копия документов, подтверждающих результаты индивидуальных достижений; |  |  |  |
| 6. |  Оригинал или копия документов, подтверждающих статус ОВЗ (заключение ПМПк) или инвалидность |  |  |  |
| 7. | Оригинал или копия документа, подтверждающий право преимущественного или первоочередного приема в соответствии с ч. 4 ст.68 ФЗ «Об образовании в РФ» |  |  |  |

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Заявитель:

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

Прошу принять меня на обучение по основной образовательной программе профессионального обучения для лиц с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости) по профессии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_