

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество слушателя в родительном падеже)  
\_\_\_\_\_

### **З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу зачислить меня в Центр непрерывного образования ВГИ (филиала) ВолГУ для обучения по программе профессиональной переподготовки

\_\_\_\_\_ (название программы)

О себе сообщаю следующие сведения:

Пол \_\_\_\_\_ Сведения о рождении: \_\_\_\_\_ (дата, месяц, год)

Место рождения \_\_\_\_\_ гражданство \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Образование: высшее учебное заведение, серия и номер диплома \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_ (по месту регистрации)

\_\_\_\_\_ (по месту проживания)

тел. (дом.) \_\_\_\_\_

тел. (моб.) \_\_\_\_\_

*e-mail*: \_\_\_\_\_

Место работы (учебы), занимаемая должность \_\_\_\_\_

тел. (раб.) \_\_\_\_\_

факс \_\_\_\_\_

С копией Лицензии на осуществление образовательной деятельности и приложением к ней, Правилами приема и обучения по дополнительным профессиональным программам, Положением об обработке и защите персональных данных обучающихся в ЦНО ВГИ (филиала) ВолГУ ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_ Личная подпись \_\_\_\_\_

Согласовано:

Заведующая ЦНО \_\_\_\_\_