**Форма заявления физического лица**

**на повышение квалификации за счет собственных средств**

Директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

Кротковой Е.Н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество заявителя

работающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

место работы, должность полностью

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу принять меня на обучение по образовательной программе повышения квалификации «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» с\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

полное название программы повышения квалификации

по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Необходимость в общежитии (гостинице): да (нет).

Оплату гарантирую.

Договор об оказании услуг при реализации образовательных программ на платной основе прилагается.

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

подпись инициалы, фамилия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Мобильный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_