Директору ФАУ «РосКапСтрой»

Максимовой Ю.Г.

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Фамилия Имя Отчество полностью (Им. падеж*)**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня в ФАУ «РосКапСтрой» для прохождения обучения по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Охрана труда в строительстве, основанная на риск-ориентированном подходе», в объеме 16 часов; форма обучения очная, очно-заочная, в формате вебинара (on-line), с применением дистанционных технологий.

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Окончил (-а) в \_\_\_\_ году \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*название образовательного учреждения, указанного в документе об образовании, и о квалификации*

\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*серия, номер документа об образовании, дата выдачи*

|  |  |
| --- | --- |
| Вид образования  *(подчеркнуть)* | Среднее профессиональное;  Высшее: специалист, бакалавр, магистр;  Кадры высшей квалиф.: аспирантура, уч. звание, уч. степень |
| Название организации,  *(место работы)* город, область |  |
| Должность |  |

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

|  |
| --- |
| выдан *(кем, когда)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Дата рождения: «\_\_ » \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года, возраст \_\_\_ лет,

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*индекс адрес регистрации, указанный в паспорте*

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, правилами приема в ФАУ «РосКапСтрой» для обучения по дополнительным профессиональным программам, уставом, правилами внутреннего распорядка договором оказания платных образовательных услуг ознакомлен(а).

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

подпись поступающего

Даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия; имя; отчество; дата рождения; адрес регистрации; серия и номер документа, удостоверяющего личность или его заменяющего; номер телефона; иные данные, связанные с приемом в ФАУ «РосКапСтрой» для обучения в структурных подразделениях по ДПП без ограничения срока действия номер и серия документа об образовании; оценки из документа об образовании.

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

подпись поступающего

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись поступающего

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Согласовано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |  | Согласовано  Руководитель ЦБОТ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Добрышкина Н.Н.  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. |