Директору ОГБПОУ СМТТ
Половинкин В.Г.

Фамилия_____ Гражданство_____
Имя_____ Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество_____ _____
Дата рождения_____ Серия_____№_____
Место рождения_____ Когда выдан_____
_____ Кем выдан_____
_____ _____
_____ _____
СНИЛС_____ ИНН_____

Адрес прописки:_____
Адрес фактического проживания:_____
Телефон_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в ОГБПОУ СМТТ на
очную □ форму обучения
по программе профессионального обучения для лиц с ОВЗ по профессии:
<u>16675 Повар</u> □;

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в _____году, специальный (коррекционный) класс в _____
_____
_____
другое □.

Документ, подтверждающий, что гражданин относится к лицам с ограниченными возможностями здоровья:
Серия _____ № _____
Дата выдачи _____

В общежитии нуждаюсь: ***да*** □, ***нет*** □□

«____»_____2024 г. _____
Подпись поступающего

Профессиональное обучение по профессии
получаю ***впервые*** □, ***не впервые*** □ _____
Подпись поступающего

С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности,
правилами приема и условиями обучения в ОГБПОУ СМТТ
ознакомлен (а): _____
Подпись поступающего

С датой предоставления документа, подтверждающий, что
гражданин относится к лицам с ограниченными возможностями
здоровья ознакомлен (а): _____
Подпись поступающего

Согласен на обработку своих персональных данных в порядке,
установленным Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ. _____
Подпись поступающего

Подпись ответственного лица
приемной комиссии _____/_____/
«____»_____2024 г.