

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Зачислить на \_\_\_ курс по специальности

Приказ № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Директор \_\_\_\_\_ Н.В. Зыков

**Директору ГАПОУ  
«Заб ГК им. М.И.Агошкова»  
Зыкову Н.В.**

Фамилия	Гражданство
Имя	Документ, удостоверяющий личность
Отчество	Серия №
Дата рождения	Дата выдачи
Место рождения	Кем выдан

Адрес регистрации по паспорту: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, край или область, район, населённый пункт, улица, № дома, квартиры)

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый индекс, край или область, район, населённый пункт, улица, № дома, квартиры)

Телефоны: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять документы для рассмотрения и зачисления на специальность (профессию)

по форме обучения:

- очной  
 заочной

на места:

- финансируемые из краевого бюджета  
 с полным возмещением затрат

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году

- общеобразовательное учреждение  
 образовательное учреждение начального профессионального образования  
 образовательное учреждение среднего профессионального образования (по программам подготовки квалифицированных рабочих, служащих)  
 образовательное учреждение среднего профессионального образования (по программам подготовки специалистов среднего звена)  
 другое \_\_\_\_\_

Аттестат / диплом (нужное подчеркнуть) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Трудовой стаж (если есть) \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

Какой иностранный язык изучали \_\_\_\_\_

Отношусь к категории:

сирота \_\_\_\_\_ *отношусь, не отношусь* \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

опекаемый \_\_\_\_\_ *отношусь, не отношусь* \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

подтверждающие документы предоставлены (если относитесь к категории детей-сирот или детей, оставшихся без попечения родителей)

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

инвалид \_\_\_\_\_ *отношусь, не отношусь* \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

лицо с ограниченными возможностями здоровья \_\_\_\_\_ *отношусь, не отношусь* \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

подтверждающие документы предоставлены (если относитесь к категории инвалидов или лиц с ОВЗ)

Внимание! При предоставлении недостоверных сведений или укрывании данных о наличии заболеваний, препятствующих обучению по программам среднего профессионального образования, результаты зачисления аннулируются.

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

В общежитии:

- нуждаюсь
- не нуждаюсь

Среднее профессиональное образование получаю:

- впервые
- не впервые

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

**Ознакомлен с:**

Уставом государственного профессионального образовательного учреждения \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Лицензией и приложением к ней \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к нему \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Датой предоставления оригиналов документов об образовании \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Датой зачисления \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ («О персональных данных») согласен: \_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

Подпись ответственного лица приемной комиссии

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ *подпись*

*Ф.И.О.*