|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ОГБПОУ СмолАПО |
|  |  |
|  | Проживающего (ей) по адресу |
|  | **-прописка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****-проживание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | Контактный телефон  |

**Заявление**

Прошу принять меня на *очную, заочную* (нужное подчеркнуть) форму получения образования *за счет средств* *областного бюджета*, *по договору об образовании* (нужное подчеркнуть) для обучения по программе специалистов среднего звена по специальности:

|  |
| --- |
|  |

**О себе сообщаю следующие данные:**

Дата и место рождения

|  |
| --- |
|  |
| Образование**\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_**\_**  |  |

 (указать наименование учебного заведения и год окончания)

Изучаемый **иностранный язык** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Сведения о законных представителях (о родителях, опекунах, попечителях, усыновителях):

Отец (Ф.И.О. полностью, место работы, контактный телефон)

|  |
| --- |
|  |
|  |

Мать (Ф.И.О. полностью, место работы, контактный телефон)

|  |
| --- |
|   |
|  |

Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В общежитии *нуждаюсь, не нуждаюсь*** (нужное подчеркнуть)

**К заявлению прилагаю следующие необходимые документы:**

1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**фото 3 х 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | №**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 (документ об образовании)

Дата предоставления оригинала: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 3. |  Копия паспорта серия/номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан ,  |

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Также прилагаю документы, предоставление которых отвечает моим интересам:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |   |

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 3.  |  |

Подписью удостоверяю, что получаю среднее профессиональное образование впервые/повторно (нужное подчеркнуть).

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации и приложений к ним, с п.4 Устава, правилами приема в ОГБПОУ СмолАПО в 2020 году ознакомлен(а):

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предупрежден(а) о необходимости предоставить уведомление о намерении обучаться и о сроках его предоставления:

для поступающих на очную форму получения образования – в срок до 15 августа 2020 года,

для поступающих на заочную форму получения образования – в срок до 15 сентября 2020 года

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На обработку, включающую сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение, своих персональных данных (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, иная информация, связанная с осуществлением образовательного процесса) в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(а).

Данное согласие действует с момента его подписания до получения письменного отзыва данного согласия.

\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_ Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_