Образец заявки на обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) от юридического лица

|  |
| --- |
| **БЛАНК или ШТАМП Вашей организации** |

Д**иректору ФГАУ «НМИЦ нейрохирурги им. ак. Н.Н. Бурденко»Минздрава России им. ак. Н.Н. Бурденко» Минздрава России профессору Д.Ю. Усачеву**

**ЗАЯВКА**

**прошу предоставить место на обучение, на условиях оказания платных образовательных услуг, по программе повышение квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**в период с \_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года для специалиста (указать должность,**

**специальность)**

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

**(Фамилия, имя, отчество полностью)**

**Оплату гарантируем.**

ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ ВАШЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

**Сведения о специалисте:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование вуза, который закончил, год окончания |  |
| Специальность по диплому |  |
| Интернатура по специальности, год окончания |  |
| Ординатура по специальности, год окончания |  |
| Профессиональная переподготовка по специальности, год окончания |  |
| Стаж работы по специальности  (указать специальность и стаж) |  |
| Гражданство |  |

Руководитель подпись

М.П.

**Примечание:** Центр не несет ответственность за направление работодателем на обучение специалистов, квалификация которых не соответствует квалификационными требованиям, установленным действующими нормативными документами.