|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Время \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Директору ГБПОУ «Арзамасский техникум  строительства и предпринимательства»  Архиповой Е.Ю.  **от** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО поступающего полностью)  **дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **документ удостоверяющий личность** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **серия** \_\_\_\_\_\_ **номер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **дата выдачи** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **выдан** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на очную форму обучения в ГБПОУ АТСП за счет ассигнований бюджета Нижегородской области по программе профессиональной подготовки со сроком обучения 1 год 10 месяцев:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Код** | **Наименование программы**  **профессиональной подготовки** | **Подпись**  **поступающего** |
| 19601 | Швея |  |
| 19727 | Штукатур, маляр строительный |  |
| 13235  12391 | Кулинар мучных изделий  Изготовитель пищевых полуфабрикатов |  |
| 18103 | Садовник, рабочий зеленого хозяйства |  |

Наименование ОО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство об обучении: номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Нуждаюсь в общежитии (да, нет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) |
| С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам и приложений к ним, или отсутствия копии указанного свидетельства, устава образовательной организации, образовательных программам и других документов, регламентирующих организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) |
| Образование по программам профессионального обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющих основного общего или среднего общего образования, получаю | впервые / повторно  (нужное подчеркнуть)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) |
| Со сроками предоставления оригинала документа об образовании **(до 16 августа 2024 года включительно до 12.00)** ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) |
| Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном ФЗ от 27.06.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», в связи с приемом в образовательную организацию | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) |

***На добровольной основе дополнительно предоставляю следующие данные:***

|  |  |
| --- | --- |
| При зачислении прошу учесть наличие индивидуальных достижений | (реквизиты документа(ов), подтверждающего наличие достижений) |
| При зачислении прошу учесть наличие договора о целевом обучении | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты договора о целевом обучении) |

Адрес регистрации (проживания (при несовпадении адресов)):

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

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

Отношусь к категории

социально-незащищенных граждан \_\_\_\_\_\_\_, если да, то указать категорию\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(да/нет)

Контактные данные родителя (законного представителя)

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительно добровольно предоставляю следующие документы:

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_ Страховой полис\_\_\_\_\_\_ ИНН\_\_\_\_\_\_ Справка о состоянии здоровья (форма 086/У) \_\_\_\_\_

(да, нет) (да, нет) (да, нет) (да, нет)

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

При условии зачисления меня в состав обучающихся ГБПОУ АТСП в 2024 г., я даю согласие на включение в общедоступные источники (страницы в сети «Интернет», справочники, базы данных) следующих моих персональных данных в любых сочетаниях между собой: Фамилия, Имя, Отчество, сведения об образовании, сведения об успеваемости, сведения об увлечениях, интересах, достижениях, наличиях наград, фотографии, сведения о профессиональной деятельности, которые в соответствии с п. 1 ст. 8 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» будут считаться общедоступными персональными данными.

Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись секретаря приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)