

АУ ВО «ЦОПП Вологодской области»

от _____
(Ф.И.О. представителя заявителя)

(адрес места жительства представителя заявителя)
действующего в интересах

(Ф.И.О. заявителя)

на основании _____
(документ, удостоверяющий полномочия представителя
заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об обеспечении получения профессионального обучения

Прошу обеспечить получение профессионального обучения по программе

(указывается наименование программы профессиональной подготовки по профессиям рабочих и должностям служащих)

(указывается ФИО обучающегося)

обучающемуся по очной форме обучения по образовательной программе среднего профессионального образования (образовательной программе высшего образования)(нужное подчеркнуть)

в образовательной организации _____
(указывается наименование образовательной организации)

Дата рождения обучающегося: _____
(число, месяц, год)

документ, удостоверяющий личность (вид документа):

серия _____, номер _____, дата выдачи _____,

кем выдан: _____,

адрес места жительства: _____,

СНИЛС _____,

контактный телефон заявителя _____

адрес электронной почты _____

Обучающийся является (нужное подчеркнуть):

ребенком лица, участвующего (участвовавшего) в специальной военной операции, лицом, участвовавшим в специальной военной операции.

(Ф.И.О. лица, участвующего (участвовавшего) в специальной военной операции) ¹

1. Для направления межведомственных запросов о предоставлении сведений, необходимых для обеспечения получения профессионального обучения, сообщаю следующие данные:

В случае если не реализовано право по предоставлению копии свидетельства о рождении:	
место рождения	
место регистрации рождения	
В случае если не представлена копия справки из военного комиссариата, воинской части:	
дата рождения военнослужащего, сотрудника войск национальной гвардии	
В случае если не представлена копия свидетельства о смерти участника специальной военной операции, копия извещения о гибели (смерти) военнослужащего либо копия заключения военно-	

врачебной комиссии, подтверждающего причинную связь смерти военнослужащего с увечьем (ранением, травмой, контузией) или заболеванием, полученным в ходе участия в специальной военной операции	
Ф.И.О. умершего	
дата смерти	
место регистрации смерти	
Наименование органа ЗАГС по месту регистрации смерти	

2. Подтверждаю, что:

обучающийся не имеет профессии рабочего и должности служащего;
в отношении обучающегося ранее не принималось уполномоченной организацией решения об обеспечении профессионального обучения.

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата подачи заявления)

(подпись представителя заявителя)

« ____ » 20 ____ г. № ____
(дата и номер регистрации заявления)

(подпись специалиста)

¹ Указывается, если обучающийся является ребенком Лица, участвующего (участвовавшего) в специальной военной операции.