Заявку необходимо оформить на официальном бланке предприятия и предоставить в ЧУ ДПО «Учебный центр «Специалист».

Заявку в электронном виде и список слушателей в формате Microsoft Word направить по электронной почте:

**market@specialist-centr.ru** **(отдел по работе с клиентами в г. Мытищи)**

**или**

**moscow@specialist-centr.ru** **(отдел по работе с клиентами в г. Москве)**

**или**

**sheremetevo@specialist-centr.ru** **(отдел по работе с клиентами в г. Химки (территория Шереметьево-1)**

Директору

ЧУ ДПО «Учебный центр «Специалист»

Инягину А.В.

ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ

(название предприятия)

просит провести профессиональное обучение (переподготовку/периодическую проверку знаний) *(выбрать нужное)* наших сотрудников в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_человек по программе «Газосварщик» (Код А/02.2 «Сварщик газовой сварки (наплавки) (Г) простых деталей неответственных конструкций» уровень квалификации 2) *(теория + практика)*по адресу:

* г. Мытищи, ул. Силикатная, владение 16 Г, строение 1
* г. Москва, проспект Мира, д. 64, 5 этаж, офис 1, 1А
* г. Химки, улица Авиационная, владение 8, 3 этаж, офис 312 (территория Шереметьево-1)
* на нашем предприятии по адресу: …………………………………………………………...

 *(выбрать нужное)*

Форма обучения: очно/очно-заочно/заочно (с применением дистанционных образовательных технологий) *(выбрать нужное)*

Документы, подтверждающие прохождение медицинских осмотров по данной профессии, находятся на предприятии.

Список слушателей, копии документов об образовании (о наличии профессии) прилагаются.

Все слушатели ознакомлены с нормативными документами ЧУ ДПО «Учебный центр «Специалист» в соответствии с п. 18 ч.1 статьи 34 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

**Адрес местонахождения:**

ИНН/КПП

Банк получатель

Расч. счет

Кор. счет

БИК

ОГРН

Эл. почта:

Должность, ФИО руководителя (полностью).

На основании………….(Устава, Доверенности)

 Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Фамилия И.О.

 М.П.

**СПИСОК СЛУШАТЕЛЕЙ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Фамилия,****Имя, Отчество****№ СНИЛС** | Профессия/должность | Дата рождения**Гражданство** | **Образование**(вид документа об образовании, серия документа, номер документа, дата выдачи, регистрационный номер) | **Дата предыдущей аттестации** | **Уровень квалификации (присваиваемый разряд)** |
|  | Иванов Иван Иванович550-345-265 34 | Лифтер | 01.01.2000Россия | Среднее общееСреднее профессиональноеВысшее*(выбрать нужное)* | Первичное обучениеУдостоверение№ 250 от 15.01.13 *(выбрать нужное)* | **уровень квалификации 3****2-6** разряд*(выбрать нужное)* |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*В случае предоставления не полной информации о слушателях, учебный центр не сможет подать сведения о выданных документах об обучении в ФИС ФРДО (Федеральный реестр документов об образовании).

Исп. (ФИО полностью, должность)

🕿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_