(оформляется на фирменном бланке организации)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года **Директору учебного центра**

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

**Организация**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование организации)

|  |
| --- |
| Просит провести профессиональную подготовку (**обучение**) по профессии |
| Просит провести обучение по программам **повышения квалификации** рабочих |

нужное оставить

следующих сотрудников:

| **№** | **Ф.И.О.**(полностью)в дательном падеже) | **Должность, разряд****(**в настоящее время) | **Наименование организации** (место работы , сокращенное наименование по Уставу) | **Образование**(наименование учебного заведения, квалификация/специализация,год окончания учебного заведения, регистрационный номер документа об образовании) | **Дата Рождения** | **Стаж работы**(по данной профессии или должности) | **Наименование программы**(код программы, разряд) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

Возможность прохождения слушателем производственной практики в Организации

**Да**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Нет

(нужное подчеркнуть)

**Документы, подтверждающие прохождение медицинских осмотров, имеются и хранятся в отделе кадров организации**

Сотрудники организации подтверждают свое согласие на обработку ООО «СТЭ» своих персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

**Реквизиты организации:**

Юридический адрес (с индексом):

Почтовый адрес: (с индексом): ИНН/КПП организации:

ОГРН организации:

р/c:

в банке

к/с:

БИК:.

Оплату услуг (*согласно данной заявке*) гарантирую

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) подпись Ф.И.О.

М.П.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Телефон (с кодом) |  | Факс(с кодом) |  | e-mail |  |