(оформляется на фирменном бланке организации)

« » 2017 года **Директору АНО ДПО Центр «Партнер»**

**Мухиной О.А.**

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Просим провести профессиональную **переподготовку** по профессии **«Специалист по охране труда»** |

Сотрудника (-ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование организации

| **№** | **Ф.И.О.**  (полностью)  в дательном падеже) | **Профессия или 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**  (256 час.) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Сотрудники организации подтверждают свое согласие на обработку АНО ДПО Центр « Партнер » 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 |  |