**О Б Р А З Е Ц**

Директору государственного образовательного учреждения «Волжский политехнический техникум»

С.П. Саяпину

От ФИО

Адрес регистрации

Адрес преимущественного пребывания

Образование

Контактный телефон

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить меня на курсы дополнительного профессионального образования по образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. С условиями обучения ознакомлен(а).

Дата подпись

В том случае если обучающийся несовершеннолетний согласие законного представителя обязательно.