Руководителю УЦДПО ООО ФЦ «Знание»

Гнесиной Д.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# (Ф.И.О. слушателя)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рождения,

паспорт № выдан \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.,

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 

# Заявление

Прошу зачислить меня в учебный центр дополнительного профессионального образования общества с ограниченной ответственностью Фармацевтический центр «Знание» (Далее по тексту - УЦДПО ООО ФЦ «Знание») в качестве слушателя по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации **«Актуальные вопросы вакцинопрофилактики»** в объеме 36 часов с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

После обучения по вышеуказанной программе дополнительного профессионального образования прошу экзаменационную комиссию допустить меня к сдаче итогового теста по теме: Актуальные вопросы вакцинопрофилактики.

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования регистрационный номер № Л035-01298-77/00180150, выданной на основании приказа Департамента образования и науки города Москвы от 26.03.2021 г. № 203-Л и приложением к ней, Положением о специализированном структурном образовательном подразделении УЦДПО ООО ФЦ «Знание», правилами приема и отчисления, условиями оплаты и иными локальными актами, регулирующими образовательную деятельность УЦДПО ООО ФЦ «Знание», ознакомлен(а).

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с [Политикой по обработке и защите персональных данных ООО ФЦ «Знание».](https://pharmznanie.ru/site/personal)

29.03.2024 г.