(оформляется на фирменном бланке организации)

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ**

Просим провести обучение по программам повышения квалификации рабочих

Сотрудника (-ов)

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

*Наименование организации (полное)*

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

*Наименование организации (сокращенное)*

| **№** | **Ф.И.О.**  (полностью)  в дательном падеже) | **Дата рождения** | **Образование**  (наименование учебного заведения, квалификация/специализация,  год окончания учебного заведения, регистрационный номер документа об образовании) | **Профессия или должность, разряд**  **(**в настоящее время) | **Стаж работы**  (по данной профессии или должности) | **Наименование программы обучения**  (разряд) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  | Иванов Иван Иванович | 01.01.1950 | Среднее специальное, Московский колледж 1, диплом № М 11111, стропальщик 3 разряда | Рабочий люльки | 2 года | Рабочий люльки подъемника (вышки)  К18 |

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

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

**Реквизиты организации:**

Юридический адрес (с индексом):

ИНН/КПП организации:

ОГРН организации:

р/c:

в банке

к/с:

БИК:

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

(должность) подпись Ф.И.О.

М.П.