|  |  |
| --- | --- |
|  | Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Зачислить на 1 курс по специальности: |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Приказ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ год |

Директору **ГПОУ ТО «Тульский колледж профессиональных технологий и сервиса»**

|  |  |
| --- | --- |
| От поступающего |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |
| Проживающего по адресу: |  |
|  | (указать фактический адрес места жительства) |
|  |
| Телефон: |  | E-mail: |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня по очной □, заочной □ форме обучения

на места, финансируемые из регионального бюджета □, с полным возмещением затрат □

**по специальности** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **О себе сообщаю следующие данные:** |  |
| **Дата рождения** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Место рождения** |  |
| **Адрес регистрации (по паспорту):** |  |  |
|  |  |
| **Паспортные данные:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Кем и когда выдан** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |

**Образование:** основное общее -9 классов □, среднее общее -11 классов □

|  |
| --- |
|  |
| (указать наименование учебного заведения) |
|  |
| (серия, номер документа об образовании, дата окончания) |
| **Средний балл аттестата** |  | **СНИЛС №** |  |

Какой иностранный язык изучали: английский-□; немецкий-□; французский-□; другой \_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителей/законных представителей, паспортные данные, СНИЛС, телефон (для несовершеннолетних):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Мать:**  |  | Телефон |
| Паспортные данные: |  | № | Кем и когда выдан |  |
| СНИЛС: |
| Где и кем работает: |
| **Отец:**  |  | Телефон |
| Паспортные данные: |  | № | Кем и когда выдан |  |
| СНИЛС: |
| Где и кем работает: |

**Для работающих абитуриентов** указать место работы, занимаемую должность и общий стаж:

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

**Нуждаюсь в общежитии** □ да □ нет. **Инвалид** □. **Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей □. Льготная категория лиц □.**

Особые права при поступлении (указать льготу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласно правилам приема, прилагаю следующие документы:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Документ об образовании (подлинник + копия)****2. Ксерокопия паспорта** **3. 4 фотографии (3\*4)** | **4. Медицинская справка (по форме 086-У)****5. Справка с места работы (для работающих)****6. Документы, подтверждающие льготные категории лиц** |

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для обязательного заполнения**

Среднее профессиональное образование получаю впервые□, не впервые □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись поступающего)

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним по выбранной специальности, профессии, Правилам приема в ГПОУ ТО «ТКПТС» и условиями обучения в данном образовательном учреждении, правилами подачи апелляций ознакомлен(на): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись поступающего)

С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен (на): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись поступающего)

Согласен/(на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (подпись поступающего)

С медицинскими противопоказаниями по избранной для поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальности, профессии ознакомлен (на): (подпись поступающего)

Отсутствие указанных заболеваний подтверждаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись поступающего)

Подпись ответственного лица приемной комиссии

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фамилия, имя, отчество)