|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ШТАМП ОУ** | **НАПРАВЛЕНИЕ** | В ГБУ ДППО ЦПКС ИМЦ Московского района Санкт-Петербурга |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_направляет на обучение по дополнительной профессиональной программе

*(краткое наименование ОУ по Уставу)*

 повышения квалификации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование программы)*

следующих работников:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Ф.И.О. работника, направляемого на обучение(полностью) | Занимаемая должность | Сведения об образовании  | Фамилия в дипломе/ документ о смене фамилии (серия, номер, дата выдачи) | Наличие ограничений по возможностям здоровья (да/нет), документ подтверждающий | Информация об условиях, которые должны быть обеспечены направляемому работнику для прохождения обучения в связи с ограничениями по здоровью |
| основная | по совместительству | наименование учебного заведения | Уровень образования | наименование документа об образовании(серия, номер, дата выдачи) | специальность квалификацияпо диплому |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заявитель несет ответственность за достоверность указанных данных, которые будут использованы для формирования приказов, внесения сведений в базы, в том числе в базу ФИС ФРДО ДО.

Специалист кадровой службы/ директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 М.П.

Ответственный исполнитель:

ФИО (полностью), контактный телефон