**Уведомление о намерении обучаться в ГБПОУ МО «Воскресенский колледж»**

­­­­­ **ГБПОУ МО «Воскресенский колледж»**\_\_

(наименование образовательной организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. Абитуриента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(почтовый адрес)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес электронной почты)

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

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

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

Я. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество Абитуриента)

уведомляю о намерении обучаться в \_\_\_\_\_ГБПОУ МО «Воскресенский колледж»\_\_\_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации)

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование специальности/профессии)

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форме обучения на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ основе

(очно, заочной) (бюджетной/внебюджетной)

**Обязуюсь в течение первого года обучения представить:**

* Оригинал документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации;
* Результаты обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования). Медицинская справка формы 086/У, 2 ксерокопии;
* 6 (шесть) фотографий 3х4 см;
* Копию справки мед.учреждения от лечащего врача о рекомендации занятий физической культуры в группе (при наличии у абитуриента хронических заболеваний);
* Копию СНИЛС, 2 ксерокопии;
* Копию ИНН, 2 ксерокопии;
* Копию медицинского полиса;
* Копию прививочной карты (сертификата);
* Копию полиса обязательного медицинского страхования.

**Подтверждаю,** что мною **не подано (не будет подано)** уведомление о намерении обучаться по образовательным программам в другие Образовательные организации за счет средств бюджета Московской области.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявитель |  | Подпись |  | Расшифровка |

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