

Директору Частного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Образовательный центр «Ваше здоровье»

От _____

проживающего по адресу: _____

тел. _____

эл.почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по программе Повышения квалификации «Музыкотерапия в решении проблем эмоционального выгорания» с _____ 20__ года по _____ 20__ года.

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности по выбранной программе, свидетельством о государственной аккредитации Образовательного центра ознакомлен(а).

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку своих персональных данных.

«__» _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /

ФИО