МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

 ДЕПАРТАМЕНТ НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ И ОБРАЗОВАНИЯ (ДЕПНАУЧТЕХПОЛИТИКА)

# ФГБОУ ДПО «РОССИЙСКАЯ ИНЖЕНЕРНАЯ АКАДЕМИЯМЕНЕДЖМЕНТА И АГРОБИЗНЕСА»

КАРТОЧКА - ЗАЯВЛЕНИЕ СЛУШАТЕЛЯ

на повышение квалификации по программе

**«Организация сельского туризма»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Фамилия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Имя |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Отчество |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | число |  |  | месяц |  |  | год |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Число полных лет по состоянию на момент прохождения обучения*(нужное отметить)* |
| < 25  | 25-29  | 30-34 | 35-39 | 40-44  | 45-49  | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65 и > |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  СНИЛС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Уровень профессионального образования на момент прохождения обучения

 *(какое учебное заведение окончено, специальность по диплому)*

Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(республика, край, область, район)*

Занимаемая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рабочий/мобильный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДА

НЕТ

Наличие ограниченных возможностей и/или инвалидности

 *(нужное отметить)*

С Уставом, лицензией, образовательными программами и правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а).В соответствии со статьей 9 Федерального Закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ФГБОУ «РИАМА» на обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных п.3 ч.1 ст.3 ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_