

Директору Краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края  
**В.Н. Ситникову**

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: паспорт

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Кем: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации (по прописке) \_\_\_\_\_

Фактический адрес: \_\_\_\_\_

№ телефона: \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВКА

Прошу Вас в рамках федерального проекта «Содействие занятости» принять меня на обучение в Краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Хабаровский государственный медицинский колледж» имени Г.С. Макарова министерства здравоохранения Хабаровского края по компетенции «**Медицинский и социальный уход**»:

«Младшая медицинская сестра по уходу за больными»

«Сиделка»

(НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ)

**О себе сообщаю следующие данные:**

1. Профессиональное обучение по профессиям рабочих, должностям служащих ранее получал/не получал (НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ)
2. Имею документ об образовании: \_\_\_\_\_  
(ВПИСАТЬ)
3. Отношусь к категории:
  - граждане в возрасте 50 лет и старше;
  - женщины в отпуске по уходу за ребенком до 3-х лет;
  - женщины, имеющие детей дошкольного возраста, не работающие;
  - безработный, зарегистрированный в службе занятости;
  - нахожусь под риском увольнения;
  - граждане до 35 лет, не трудоустроенные.(НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНУТЬ)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
подпись