

АНПО «КОТЕЛЬНИКОВСКИЙ КОЛЛЕДЖ БИЗНЕСА»

АНКЕТА ПОСТУПАЮЩЕГО

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Невмержицкая Ирина Николаевна
Должность: Директор
Дата подписания: 28.02.2023 14:19:02
Уникальный программный ключ:
4dbf2010db86aa201f554b0e001b57a2895fc44

Фамилия			
Имя			
Отчество			
Дата и место рождения	число	месяц	год
Пол	<input type="checkbox"/> мужской		<input type="checkbox"/> женский

УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ в АНПО «Академический колледж»

Уровень образования	Среднее профессиональное образование
Специальность	
Форма обучения	
Иностранный язык¹	<input type="checkbox"/> английский <input type="checkbox"/> немецкий

ПРЕДЫДУЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

<input type="checkbox"/> основное общее	<input type="checkbox"/> среднее общее	<input type="checkbox"/> начальное профессиональное	<input type="checkbox"/> среднее профессиональное
Документ об образовании с приложением		<input type="checkbox"/> аттестат	<input type="checkbox"/> диплом
Серия и номер документа об образовании			
Кем выдан документ об образовании			
Город/ регион в котором получено образование			
специальность			
квалификация			
Дата выдачи документа об образовании		число	месяц год
Справка об обучении серия, № справки об обучении, кем и когда она выдана² (при наличии)			

ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Гражданство, подданство	
Документ, удостоверяющий личность, гражданство (серия, номер, кем и когда выдан)	
Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования	
Место регистрации	
Место жительства	
Свидетельство о перемене ФИО регистрационный №, кем и когда выдано (при наличии)	
Контактные реквизиты телефон, электронная почта	

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сведения о плательщике	
ФИО	
Дата и место рождения	
Паспорт: серия №, кем и когда выдан документ	
Место регистрации	
Место жительства	
Телефон, электронная почта	
Место работы	
Ф.И.О. родителей, законных представителей	
ФИО, контактные данные (адрес, телефон, электронная почта, место работы)	
ФИО, контактные данные (адрес, телефон, электронная почта, место работы)	

ОСОБЫЕ СВЕДЕНИЯ³

Являюсь инвалидом	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Группа инвалидности _____	(указать категорию)	
Срок переосвидетельствования _____	(указать срок / бессрочно)	

Являюсь лицом ограниченными возможностями здоровья		ДА		НЕТ
Реквизиты заключения ФУ МСЭ или ПМПК _____				
Форма нарушения здоровья ⁴ _____				
Нуждаюсь в создании специальных условий обучения в Колледже		ДА		НЕТ
Даю свое согласие на предоставление и обработку сведений в Колледже о состоянии своего здоровья	Подпись _____			

Дата _____

Подпись поступающего _____
