Проректору по образовательной деятельности

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Михальченко Д.В.

заведующего кафедрой

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

ФИО (полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «**Инклюзивное обучение и сопровождение лиц с инвалидностью и ОВЗ**» (36 ч.) с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ следующих сотрудников кафедры:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО (*полностью*) | Должность | Эл. почта  номер телефона | Личная подпись  сотрудника |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись* ФИО