

## АНПОО «АКАДЕМИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

## АНКЕТА ПОСТУПАЮЩЕГО

Документ подписан простой электронной подписью

место

Информация о владельце:

ФИО: Лесникова Елена Николаевна

Должность: Директор

Дата подписания: 13.03.2015 00:33:39

Уникальный программный ключ:

4f8763c0f69fcc0b76a554a96ba130b42854b57503309a668cc63/f77305946

Пол

 мужской женский

## УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ в АНПОО «Академический колледж»

Уровень образования	Среднее профессиональное образование		
Специальность			
Форма обучения			
Иностранный язык <sup>1</sup>	<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 выдана <sup>2</sup> (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 приеме 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 СВЕДЕНИЯ<sup>3</sup>

Являюсь инвалидом	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/>
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 <sup>4</sup>		
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 \_\_\_\_\_