

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»**

№ Группы _____

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

Место для
фотографии
(3*4)

(наименование программы)

1. Ф.И.О. (полностью) _____

2. Дата рождения: _____ 3. Кол-во полных лет: _____ 4. Гражданство: _____

5. Паспортные данные: *серия/№* _____, *Дата выдачи* _____,

Паспорт выдан _____

6. Адрес регистрации: индекс _____ область _____ район _____

город _____, улица, дом, корп., кв. _____

7. Контактные данные: *Телефон* (_____) _____;

E-mail _____

8. Уровень образования: _____

9. Документ об основном образовании: *серия/№* _____, *Дата выдачи* _____,

Наименование учебного заведения, выдавшего документ об образовании: _____

10. Дополнительная информация для программ профессиональной переподготовки и
сертификационных циклов

Место работы: _____

Занимаемая должность: _____

Стаж работы по занимаемой должности: _____

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

_____/_____/_____
(подпись) (Фамилия и инициалы)