|  |
| --- |
| **Ректору****Евразийского национального университета им. Л. Гумилева** |
|  |
| **от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| фамилия, имя, отчество |
| домашний адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| контактный телефон |

**Заявление**

Прошу зачислить меня слушателем курсов педагогической переподготовки на платной основе. Специальность по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Язык обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

К заявлению прилагаю следующие документы:

1) копию документа, удостоверяющего личность;

2) копию документа об образовании;

3) шесть фотографий размером 3x4 сантиметра;

4) медицинскую справку формы 086-У, утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 (Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 декабря 2010 года № 6697);

|  |
| --- |
| (дата подачи заявления  |
| (подпись заявителя)  |