

В приказ

Ректору учреждения образования
Витебская ордена «Знак Почета»
государственная академия
ветеринарной медицины»
Горловой О.С.

(фамилия, имя, отчество полностью)

(место работы, занимаемая должность)

проживающего по адресу:

Тел. : _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на факультет повышения квалификации и переподготовки кадров УО ВГАВМ в группу для освоения содержания образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее ветеринарное образование по специальности 9-09-0841-03 «Ветеринарная санитария и экспертиза» в заочной форме получения образования на платной основе

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« _____ » _____ 202__ г.

Я _____ даю согласие на обработку
(фамилия, имя, отчество слушателя)

моих персональных данных в соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-з «О защите персональных данных» в целях организации образовательного процесса.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

В приказ

Ректору учреждения образования
Витебская ордена «Знак Почета»
государственная академия
ветеринарной медицины»
Горловой О.С.

(фамилия, имя, отчество полностью)

(место работы, занимаемая должность)

проживающего по адресу:

Тел. : _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на факультет повышения квалификации и переподготовки кадров УО ВГАВМ в группу для освоения содержания образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее ветеринарное образование по специальности 9-09-0841-06 «Ветеринарная патологическая анатомия» в заочной форме получения образования на платной основе

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« _____ » _____ 202__ г.

Я _____ даю согласие на обработку
(фамилия, имя, отчество слушателя)

моих персональных данных в соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-з «О защите персональных данных» в целях организации образовательного процесса.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

В приказ

Ректору учреждения образования
Витебская ордена «Знак Почета»
государственная академия
ветеринарной медицины»
Горловой О.С.

(фамилия, имя, отчество полностью)

(место работы, занимаемая должность)

проживающего по адресу:

Тел. : _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на факультет повышения квалификации и переподготовки кадров УО ВГАВМ в группу для освоения содержания образовательной программы переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее ветеринарное образование по специальности 9-09-0841-05 «Ветеринарная хирургия» в заочной форме получения образования на платной основе

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« _____ » _____ 202__ г.

Я _____ даю согласие на обработку
(фамилия, имя, отчество слушателя)

моих персональных данных в соответствии со статьей 5 Закона Республики Беларусь от 07.05.2021 № 99-з «О защите персональных данных» в целях организации образовательного процесса.

(подпись)

(инициалы, фамилия)