**На Фирменном бланке** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Исх. №­­\_\_\_\_\_

от « » 202\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору  ООО «Вектор» Кашициной Л.В. |

**Заявка.**

Прошу Вас провести обучение следующих сотрудников:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Ф.И.О. полностью** | **Дата рождения (д.м.г)** | **Должность, образование, СНИЛС** | **Курс обучения** |
|  |  |  |  | Воинский учет и бронирование граждан, пребывающих в запасе, в организации (учреждении)  - 72 часа |
|  |  |  |  | Воинский учет граждан в организации (учреждении)  - 36 часов |

Сотрудники организации подтверждают свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Работники, направленные на обучение, в соответствии с действующим законодательством проходят обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры. Медицинских противопоказаний к заявленному на обучение виду деятельности не имеют.

**ФИО должностного лица и контактный номер телефона для связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Руководитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(инициалы,фамилия)

М.П.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |