**ЗАЯВКА**

на участие в региональном этапе Всероссийской олимпиады профессионального мастерства обучающихся по УГС 31.00.00 Клиническая медицина: 31.02.05 Стоматология ортопедическаяв Ставропольском крае в 2024 учебном году

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество участника | Наименование специальности СПО, курс обучения, наименование образовательной организации (в соответствии с Уставом) | Дата рождения | Согласие на обработку персональных данных (дата, подпись) | Фамилия, имя, отчество сопровождающего, должность | Сведения о транспортном средстве |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |

Руководитель образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись фамилия, инициалы

 М.П.