

кому: Председателю Челябинской местной организации ВОС
от: Гражданина РФ, инвалида по зрению _____ группы
(группа
инвалид-
ности)

(ФИО полностью)

(дата рождения)

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня на прохождение образовательной программы в
НУ ИПРПП ВОС «Реакомп».

Образовательная программа: _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

/ _____
(расшифровка)