МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное

образовательное учреждение высшего образования

**«Челябинский государственный университет»**

**(ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)**

Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов   
и лиц с ограниченными возможностями здоровья

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации профессиональной переподготовки

«Организационные и психолого-педагогические основы инклюзивного высшего образования»

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полных лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол м ж Инвалид Иностранный гражданин

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(улица, № дома, город, область (республика), индекс)

Телефоны: моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование: законченное  студент

среднее профессиональное: квалифицированный рабочий, служащий

специалист среднего звена

высшее: бакалавр специалист магистр

Учебное заведение, специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(какое учебное заведение окончил, когда, где, специальность, № диплома)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о месте работы (отметить нужное):

|  |
| --- |
| **1. Работник образовательной организации:**  а) руководитель:  дошкольной образовательной организации  общеобразовательной организации  профессиональной образовательной организации  многофункционального центра прикладных квалификаций  образовательной организации высшего образования  организации дополнительного профессионального образования  организации дополнительного образования, реализующей дополнительные общеобразовательные программы для детей  организации дополнительного образования, реализующей дополнительные общеразвивающие программы для взрослых  б) административный работник  в) педагогический работник:  дошкольной образовательной организации  общеобразовательной организации  профессиональной образовательной организации  многофункционального центра прикладных квалификаций  образовательной организации высшего образования  организации дополнительного профессионального образования  организации дополнительного образования, реализующей дополнительные общеобразовательные программы для детей  организации дополнительного образования, реализующей дополнительные общеразвивающие программы для взрослых |
| **2.**  **Лицо, замещающее государственные должности и должности государственной гражданской службы**  руководитель или заместитель руководителя государственных органов и их структурных подразделений; территориальных органов федеральных органов исполнительной власти и их структурных подразделений; представительств государственных органов и их структурных подразделений |
| **3.**  **Лицо, замещающее муниципальные должности и должности муниципальной службы** |
| **4. Работник других организаций:**  руководитель организации  работник организации |
| **5.**  **Неработающий** |

Достоверность предоставленной мною информации подтверждаю.

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_