***Форма 1***

**ИНФОРМАЦИЯ
о сотрудниках, записавшихся на курсы повышения квалификации "Психолого-педагогические и медико-социальные основы работы с инвалидами и лицами с ОВЗ обучающихся по профессиональным образовательным программам**

**Институт (факультет):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Персональные данные** | **Контактная информация** | **Профессиональная информация** |
| **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** | **e-mail** | **телефон** | **институт** | **кафедра** | **должность** | **ученая степень** | **ученое звание** | **Примечание** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель структурного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись Ф.И.О.