Приложение №1

**Заявка**

**на участие в региональном чемпионате по профессиональному мастерству среди людей с инвалидностью АБИЛИМПИКС-2016**

**Полное название ПОО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Участник**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Компетенция** | **Фамилия** | **Имя** | **Отчество** | **Гражданство** | **Дата****рождения** | **телефон,****электронная почта** | **Место учёбы (работы), с указанием курса, специальности (должности)** | **Паспортные данные, адрес по прописке, индекс** | **СНИЛС** | **ИНН** | **Адрес учреждения или предприятия** | **Размер одежды** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Эксперт**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Компетенция** **для работы на чемпионате**  | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Мобильный телефон электронный адрес,** | **Место работы,****Должность** | **паспортные данные, адрес по прописке, индекс**  | **СНИЛС** | **ИНН** | **Размер одежды** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Тим – лидер**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Компетенция** **для работы на чемпионате**  | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Мобильный телефон, Электронный адрес** | **Место работы,** **Должность**  | **паспортные данные, адрес по прописке, индекс** | **СНИЛС** | **ИНН** | **Размер одежды** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ВНИМАНИЕ! Во время подачи заявок для участия в региональном чемпионате, участники должны предоставить медицинские сертификаты (справки) ксерокопии с описанием характера инвалидности или ограничений возможности здоровья и используемых лекарств.**

 Директор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016г.