**ЗАЯВКА**

**на обучение специалистов в ФГБОУ ВО «УралГУФК» по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации, реализуемым в рамках мероприятий федерального проекта «Спорт-норма жизни»**

**Субъект Российской Федерации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Категория слушателей:** специалисты физической культуры и спорта

**Год обучения:** 2022 год

**Наименование дополнительной профессиональной программы повышения квалификации:**

1. Нормативно-правовое обеспечение и организационные аспекты управления в физкультурно-спортивных организациях;
2. Цифровые технологии в области физической культуры и спорта;
3. Функциональная подготовка атлета в различных видах спорта;
4. Организация физкультурно-оздоровительной работы с лицами старших возрастных групп;
5. Организация спортивно-массовой работы специалистов центров тестирования всероссийского физкультурно-спортивного комплекса

«Готов к труду и обороне» (ГТО);

1. Организация физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы в рекреационных зонах;
2. Адаптивная физическая культура: физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество слушателя  (полностью) | Место работы | Должность | Наименование учебного заведения, которое окончил слушатель, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации | Наименование дополнительной профессиональной программы \* | Контактный телефон;  E-mail |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность руководителя организации, направляющей на обучение) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись руководителя)  **М.П.** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество руководителя организации, направляющей на обучение) |

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

\* **В таблице указать порядковый номер (из представленного перечня) дополнительной профессиональной программы, по которому специалист будет проходить обучение**