**ЗАЯВКА**

**на обучение специалистов в ФГБОУ ВО «УралГУФК» по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки «ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ И СПОРТИВНО-МАССОВАЯ РАБОТА С НАСЕЛЕНИЕМ»**

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

**Категория слушателей:** инструкторы по спорту

**Планируемый год обучения:** 2022 год

**Профессиональные модули дополнительной профессиональной программы, соответствующие профессиональным стандартам:**

1. Организация спортивно-массовой работы на предприятиях, в учреждениях;
2. Организация спортивно-массовой работы на спортивных сооружениях, в том числе на открытых/закрытых спортивных площадках, а также

в парках для лиц различных возрастных групп, в том числе старших возрастных групп;

1. Организация спортивно-массовой работы в физкультурно-оздоровительных клубах и фитнес центрах для лиц различных возрастных групп,

в том числе старших возрастных групп;

1. Организация спортивно-массовой работы специалистов центров тестирования Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса

«Готов к труду и обороне» (ГТО);

1. Организация спортивно-массовой работы в школьном и студенческом спортивном клубе.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество слушателя  (полностью) | | Место работы | Должность | Наименование учебного заведения, которое окончил слушатель, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации | Профессиональный модуль 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 в столбце 6 указать порядковый номер профессионального модуля дополнительной профессиональной программы, по которому специалист будет проходить обучение.**