

**ЧОУ ВО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ИНСТИТУТ БИЗНЕСА»  
АНКЕТА ПОСТУПАЮЩЕГО**

место  
для  
фото

Фамилия			
Имя			
Отчество			
Дата и место рождения	число	месяц	год
Пол	<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Женский	

**УСЛОВИЯ ОБУЧЕНИЯ в ЧОУ ВО ВИБ**

Уровень образования	Высшее образование		
Направление подготовки бакалавров			
Форма обучения			
Иностранный язык	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> немецкий	<input type="checkbox"/> французский

**ПРЕДЫДУЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

<input type="checkbox"/> среднее общее	<input type="checkbox"/> начальное профессиональное	<input type="checkbox"/> среднее профессиональное	высшее образование: <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> бакалавр <input type="checkbox"/> дипломированный специалист <input type="checkbox"/> магистр
Документ об образовании с приложением		<input type="checkbox"/> аттестат	<input type="checkbox"/> диплом
Серия и номер документа об образовании			
Кем выдан документ об образовании			
Город/ регион в котором получено образование			
специальность			
квалификация			
Дата выдачи документа об образовании		число	месяц      год
Справка об обучении		серия, № справки об обучении, кем и когда она выдана <sup>2</sup>	

**ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ**

Гражданство, подданство	
Документ, удостоверяющий личность, гражданство (серия, номер, кем и когда выдан)	
Место прописки	
Место жительства	
Свидетельство о перемене ФИО регистрационный №, кем и когда выдано (при наличии)	
Контактные данные: телефон, электронная почта	

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

<b>Сведения о плательщике</b>	
ФИО	
Дата и место рождения	
Паспорт: серия №, кем и когда выдан документ	
Место регистрации	
Место жительства	
Телефон, электронная почта	

**Дополнительные контакты**

ФИО, степень родства, контактные данные (телефон, электронная почта)	
ФИО, степень родства, контактные данные (телефон, электронная почта)	

**ОСОБЫЕ СВЕДЕНИЯ<sup>3</sup>**

Являюсь инвалидом	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Группа инвалидности _____	(указать категорию)	
Срок переосвидетельствования _____	(указать срок / бессрочно)	

<sup>1</sup> При выборе базового высшего образования, дополнительно указывается (бакалавр, специалист, магистр, дипломированный специалист)

<sup>2</sup> Отображается при наличии сведений (при предоставлении информации о справке)

<sup>3</sup> Блок особые сведения, заполняется при наличии оснований (при предоставлении данных сведений при подаче документов на поступление)

Являюсь лицом ограниченными возможностями здоровья	ДА	НЕТ
Реквизиты заключения ФУ МСЭ или ПМПК _____		
Форма нарушения здоровья <sup>4</sup> _____		
Нуждаюсь в создании специальных условий обучения в Институте	ДА	НЕТ
Даю свое согласие на предоставление и обработку сведений в Институте о состоянии своего здоровья	Подпись _____	

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Формы нарушения здоровья: нарушение зрения, нарушение слуха и речи, нарушение опорно-двигательного аппарата, соматические нарушения, расстройства аутистического спектра, другие нарушения