

**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 магистров			
Форма обучения			
Иностранный язык	<input type="checkbox"/> Английский	<input type="checkbox"/> немецкий	<input type="checkbox"/> французский

ПРЕДЫДУЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

<input type="checkbox"/> высшее образование ¹ <input type="checkbox"/> бакалавр <input type="checkbox"/> дипломированный специалист <input type="checkbox"/> магистр			
Документ об образовании с приложением	<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 ²			

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

Сведения о плательщике

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 СВЕДЕНИЯ³

Являюсь инвалидом	ДА	НЕТ
Группа инвалидности _____	(указать категорию)	
Срок переосвидетельствования _____	(указать срок / бессрочно)	

¹ При выборе базового высшего образования, дополнительно указывается (бакалавр, специалист, магистр, дипломированный специалист)

² Отображается при наличии сведений (при предоставлении информации о справке)

³ Блок особые сведения, заполняется при наличии оснований (при предоставлении данных сведений при подаче документов на

Являюсь лицом ограниченными возможностями здоровья		ДА	НЕТ	
Реквизиты заключения ФУ МСЭ или ПМПК _____				
Форма нарушения здоровья ⁴ _____				
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 _____

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