

ШТАМП
БПОО

УВЕДОМЛЕНИЕ

БПОУ ОО «*Наименование организации*» уведомляет

Фамилия имя отчество (полностью, в родительном падеже)

поступающего на обучение по образовательной программе среднего профессионального образования *код и наименование профессии / специальности*, о том, что он(а) по состоянию здоровья, в связи с наличием медицинских противопоказаний к соответствующим условиям и видам деятельности не сможет в полном объеме освоить образовательную программу, а именно в части освоения производственной практики. **Предупреждаем** Вас, что вследствие вышеизложенного Вы не получите диплом о среднем профессиональном образовании, подтверждающий получение среднего профессионального образования и квалификацию по соответствующей профессии/специальности среднего профессионального образования.

О возможных последствиях уведомлен: _____ (_____)

подпись

ФИО

Дата _____

ШТАМП
БПОО

УВЕДОМЛЕНИЕ

БПОУ ОО «*Наименование организации*» уведомляет

Фамилия имя отчество родителя поступающего (полностью, в родительном падеже)

о том, что Ваш ребенок _____,

Фамилия имя отчество поступающего (полностью, в именительном падеже)

поступающий на обучение по образовательной программе среднего профессионального образования *код и наименование профессии / специальности*, по состоянию здоровья, в связи с наличием медицинских противопоказаний к соответствующим условиям и видам деятельности не сможет в полном объеме освоить образовательную программу, а именно в части освоения производственной практики. **Предупреждаем** Вас, что вследствие вышеизложенного

Фамилия имя отчество поступающего

не получит диплом о среднем профессиональном образовании, подтверждающий получение среднего профессионального образования и квалификацию по соответствующей профессии/специальности среднего профессионального образования.

О возможных последствиях уведомлен: _____ (_____)

подпись

ФИО

Дата _____

ШТАМП
БПОО

УВЕДОМЛЕНИЕ

Доводим до Вашего сведения, что в соответствии с Порядком проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» и в связи с тем, что у Вас/Вашего ребенка (*подчеркнуть нужное*) _____ (*указать заболевание/нозологическую группу*) и Вы/Ваш ребенок (*подчеркнуть нужное*) не может быть допущен к выполнению работ связанных с _____ (*указать*).

На основании вышеизложенного и в связи с наличием медицинских противопоказаний к соответствующим условиям и видам деятельности, предупреждаем о возможных ограничениях в прохождении производственной практики и невозможности завершения обучения по специальности/профессии _____.

О возможных последствиях уведомлен: _____ (_____)
подпись ФИО

Дата _____

Уведомление подписывает абитуриент, достигший возраста 18 лет, либо его родитель/опекун (до 18 лет).