

Председателю комиссии по проверке знания правил безопасного обращения с оружием и наличия навыков безопасного обращения с оружием - директору ЧУ ДПО «Учебный центр Гарантия-плюс» Токареву Н.Д.

Гр-на _____
(Ф.И.О., число, месяц, год и место рождения)

Проживающего: _____

Место работы должность: _____

Паспорт: _____

Телефон: _____

Адрес электронной почты (при наличии): _____

Заявление

Прошу провести в отношении меня проверку знания правил безопасного обращения с оружием, наличия теоретических и практических навыков безопасного обращения с оружием.

С условиями прохождения проверки, а так же с обработкой моих персональных данных в организации и передачей их в территориальные органы ЦЛРР Управления Федеральной службы войск национальной гвардии РФ согласен (согласна).

«_____» _____ 20____ г.

(подпись)

Примечание: необходимо предоставить паспорт, медицинское заключение – форма №002- О/у, медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств – форма №003-О/у, 2 фотографии (3х4 см), разрешение на оружие.