

## Проверка знаний

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ



Адрес: Россия, 143968, Московская обл. г. Реутов, ул. Победы, д.31А  
тел./факс: (495) 545-3730, e-mail: csp-strelec@mail.ru  
www.стрелецкий.рф

Приложение № 1  
к Порядку проверки знания  
правил безопасного обращения  
с оружием и наличия навыков  
безопасного обращения с оружием  
в организациях, определяемых  
Правительством Российской Федерации



Председателю Комиссии по проверке знания  
правил безопасного обращения с оружием  
и наличия навыков безопасного обращения  
с оружием  
Негосударственного образовательного частного  
учреждения дополнительного профессионального  
образования  
«Центр стрелковой подготовки «Стрелец»

**Гражданин:**

**Фамилия** (разборчиво)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Имя** (разборчиво)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Отчество** (разборчиво)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**зарегистрированного по адресу:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Условия проведения проверки в организации:

- проверка проводится в назначенное организацией время.

С условиями прохождения проверки в организации, а также с обработкой моих персональных данных в организации, проводящей проверку, и передачей их в территориальные органы МВД России согласен (согласна).

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. . / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) фамилия, инициалы

**Проверка знаний**