**Заявка на получение онсульт услуг в проекте «Помощь старшим»**

**Шадринского филиала Финуниверситета**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество |  |
| Возраст (полных лет) |  |
| Место проживания (населенный пункт) |  |
| Род занятий (работающий, пенсионер) |  |
| Цель моего обучения в проекте (не более 5-6 предложений) |  |
| Контактный телефон |  |
| Контактный адрес электронной почты |  |