ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Генеральному директору
ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" Минздрава России
академику РАН, профессору Е.В. Шляхто

от

Ф.																							
И.																							
О.																							
Дата рождения																							

СНИЛС _____

Серия и номер паспорта _____

Кем и когда выдан _____

Наименование вуза/колледжа _____

год окончания _____ специальность по диплому _____

Серия диплома _____ Номер диплома _____

Интернатура: учреждение _____

год окончания _____ специальность по диплому _____

Клиническая ординатура: учреждение _____

год окончания _____ специальность по диплому _____

Работающего ☐ Не работающего ☐

по специальности _____

место работы _____

занимаемая должность _____

Гражданство _____

Постоянно проживающего по адресу: _____

индекс

Контактный телефон																		
Электронная почта																		

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации по специальности _____

на тему _____

с "____" _____ 20____ г. по "____" _____ 20____ г.

продолжительностью _____ час. с отрывом ☐ без отрыва ☐

от основного места работы, на бюджетной ☐ договорной ☐ осн ове

На обработку персональных данных согласен.

Дата _____ Подпись _____

СОГЛАСОВАНО:

Директор Института медицинского образования _____ Е.В. Пармон

Зав. департаментом дополнительного профессионального образования _____ И.С. Голубева

ДОПУСК К ОБУЧЕНИЮ: допущен ☐ не допущен ☐