

От _____

_____ (фамилия имя отчество слушателя)

Дата рождения « ____ » _____ года

№ СНИЛС _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ
(ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)**

Прошу зачислить меня на курс повышения квалификации /проф.переподготовки /проф.обучение

Наименование образовательной программы _____

Даты обучения с « ____ » _____ 20____ года по « ____ » _____ 20____ года

Платательщик (указать) физическое лицо юридическое лицо

Для оформления предоставляю следующие сведения:

1. Паспорт Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____

Выдан _____

2. Гражданство Россия Иное: _____

3. Мобильный телефон _____

4. Электронная почта _____

5. **Базовый диплом** специалиста с медицинским (фармацевтическим) образованием:

Выдан (кем) _____

Серия _____ № _____ Дата выдачи « ____ » _____

Специальность по диплому _____

6. Действующий сертификат специалиста (при наличии):

7. Сертификат № _____ Дата выдачи « ____ » _____ 20____ г

8. Специальность по сертификату _____

9. Свидетельство об аккредитации (для прошедших процедуру аккредитации МЗ с 2018г):

№ свидетельства _____ Дата проведения « ____ » _____ 20____ г.

Аккредитован по специальности _____

10. «Удостоверение о повышении квалификации прошу выслать на мой домашний адрес»

(для иногородних)

Индекс _____ Край _____ Город _____

Улица _____ Дом _____ Кв. _____ Кому _____

Достоверность и правильность заполнения предоставленных сведений подтверждаю.

Согласен(на) на использование, обработку АНО ДПО «Пермский ИПК работников здравоохранения» в процессе обучения указанных персональных данных

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а). С правилами противопожарной безопасности ознакомлен(а)

Дата « ____ » _____ 20____ г.

Подпись _____

Сведения проверены _____

Подпись куратора _____