Директору Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера − обособленного подразделения ФИЦ КНЦ СО РАН

Э.В. Каспарову

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО слушателя (полностью)

Должность, стаж

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место работы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактные телефоны:

мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу Вас зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе (ДПП)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма дополнительного профессионального образования | повышение квалификации | | | | профессиональная переподготовка | | | |
| Форма обучения | очная | | очно-заочная | | | заочная | | |
| Электронное обучение, дистанционные образовательные технологии | применяется | | | | не применяется | | | |
| Основа финансирования | бюджетная | | | | внебюджетная | | | |
| Трудоемкость ДПП (акад.ч) | 576 | 504 | 288 | 144 | | 72 | 36 |  |
|  | выбрать необходимое | | | | | | | |

Сроки освоения: \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. - \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.,

Продолжительность обучения: \_\_\_\_ месяц (-а, -ев)

С лицензией на право ведения образовательной деятельности, Правилами приема на обучение по программам дополнительного профессионального образования в ФИЦ КНЦ СО РАН и приказами Минздравсоцразвития России №707н и Минздрава России № 66н ознакомлен(а).

Согласен на обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ "О персональных данных".

К заявлению прилагаю следующие сведения (копии при предоставлении оригиналов):

1. Диплом об окончании ВУЗа
2. Документ, подтверждающий окончание интернатуры
3. Документ, подтверждающий окончание ординатура
4. Диплом о профессиональной переподготовке
5. Сертификат специалиста
6. Копия трудовой книжки/справка с места работы
7. Свидетельство о браке

За представление сведения несу личную ответственность. Предупрежден, что в случае несоответствия представленных данных регламенту государственной аттестации, к аттестации допущен не буду.

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.