

_____ (фамилия)

_____ (имя, отчество)

Место работы: наименование учреждения _____

индекс (_____), обл./край _____

город _____ ул. _____ дом _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить на цикл повышения квалификации:

с «__» _____ 20 г. по «__» _____ 20 г.

О себе сообщаю следующие данные:

1. Дата рождения (дд.мм.гггг) _____

2. Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

выдан _____

(наименование органа, выдавшего документ)

3. Прописка: индекс _____ , обл./край _____

город _____ ул. _____ дом _____ кв _____

4. Контактный телефон _____ Электронная почта _____

5. Образование: среднее профессиональное, высшее профессиональное /нужное подчеркнуть/

6. Окончил ВУЗ/СУЗ _____

(название)

7. Специальность по диплому _____

8. Занимаемая должность _____

9. Адрес проживания во время учёбы _____

Согласен(а) на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным Законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных»

Дата _____ Подпись _____

Согласен(а) получать по эл.почте информацию об учебной деятельности ЧОУ ДПО «УЦ Медпрофи» (расписание циклов, конференций, практикумов, новостная информация)

Дата _____ Подпись _____

Для зачисления на цикл представлены следующие документы:

1. Диплом серия _____ № _____ Дата выдачи _____

2. Документ об окончании интернатуры /ординатуры: № _____

дата выдачи _____ специальность _____

3. Диплом о ПП по специальности _____

серия _____ № _____ Дата выдачи _____

4. Сертификат по специальности _____

серия _____ № _____ Дата выдачи _____ Действителен до _____

Представленная информация соответствует оригиналам документов.

Дата _____ Подпись _____