Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРОГРАММАМ**

**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ / ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Гражданство** |  |
| **Вид документа, удостоверяющего личность** |  **Паспорт гражданина Российской Федерации** **Иной документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Данные документа, удостоверяющего личность** | **серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.****кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****код подразделения** |
| **Адрес (по прописке)** | **Индекс:** |
| **Номер ИНН** |  |
| **Контактный телефон** |  |
| **Е-mail** |  |
| **Какой мед. вуз окончил** |  |
| **Факультет** |  |
| **Интернатура по специальности** |  |
| **Ординатура по специальности** |  |
| **Аккредитация по специальности (\*\*\**для выпускников с 2016 года*)** |  |
| **Место работы**  | **Наименование организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Место нахождения (наименование населенного пункта):****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Должность, специальность** |  |
| **Стаж по специальности** |  |
| **Ученая степень** |  |
| **Программа дополнительного профессионального образования****ПП/ПК** | **Название: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Дата начала цикла «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.** **Дата окончания цикла «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.**  |

**Категория специалиста** *(выбрать из предложенных вариантов)*:

 Руководитель организации/структурного подразделения

 Специалист с высшим медицинским образованием

 Сотрудник образовательного учреждения высшего / среднего образования (*подчеркнуть)*

Другое

***Ознакомлена (ознакомлен) с лицензией на ведение образовательной деятельности ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Согласна (согласен) на обработку моих персональных данных для зачисления на программы повышения квалификации или профессиональной переподготовки:***

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

 *подпись Ф.И.О. полностью*