

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

Место для фото

Адрес эл. почты:

телефон

ИНН

СНИЛС

1. Ф.И.О. (по паспорту) _____
2. Фамилия (по диплому) _____
- Диплом серия _____ № _____ дата окончания училища _____
3. Дата рождения _____
4. Наименование училища (колледжа), которое окончил _____
5. Специальность по диплому _____
6. Место работы /наименование организации/ и занимаемая должность _____
7. Общий стаж работы (в медицине) _____
8. Дополнительная профессиональная программа (повышение квалификации) «Сестринское дело в терапии»
9. Стаж работы по специальности «Сестринское дело»
10. Кем командирован _____
11. Наличие сертификата по специальности «Сестринское дело»
(дата, год, номер) _____
12. Срок действия сертификата (указать дату) по _____
13. Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации за последние 5 лет (указать год) _____
14. Прохождение аттестации (год) _____
15. Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____
кем, где выдан _____
16. Постоянный домашний адрес (по регистрации): _____
17. Личная подпись слушателя _____
18. Дата заполнения карточки _____
19. Дата начала обучения по ДПП ПК _____
20. Дата окончания обучения по ДПП ПК _____

Директору
ГБПОУ «Новороссийский
медицинский колледж»
Л.В. Щукиной

от медицинской сестры

(Ф.И.О.)

(наименование организации, место работы)

Заявление

Прошу зачислить меня обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации **«Сестринское дело в терапии»**, в объеме 144 часа с применением дистанционных образовательных технологий с элементами очно-заочной формы обучения.

Я, даю свое согласие ГБПОУ «Новороссийский медицинский колледж» на обработку, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, паспортные данные, адрес, образование, профессия, другая информация для повышения квалификации при предоставлении услуги, представления по запросу в управление экономики и целевых программ Краснодарского края, управление информатизации и связи Краснодарского края, представления по запросу в правоохранительные органы (суды, полиция, прокуратура и другие).

Основание: ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано в любое время на основании моего письменного заявления.

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности (контактный телефон Министерство образования, науки и Молодёжной политики Краснодарского края 8(861)234-42-52), свидетельством о государственной аккредитации приложениями к ним по выбранной специальности, правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении (в том числе через информационные системы общего пользования) ознакомлен (а).

«_____» _____ 20__ г.

(подпись, расшифровка подписи)