

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 **повышения квалификации «Актуальные аспекты работы медицинской сестры отделения (кабинета) терапевтической стоматологии»**
9. Стаж работы _____
10. Кем командирован _____
11. Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации за последние 5 лет (указать год) _____
12. Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____ кем, где выдан _____
13. Постоянный домашний адрес (по регистрации): _____
14. Личная подпись слушателя _____
15. Дата заполнения карточки _____
16. Дата начала обучения по ДПП ПК _____
17. 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 «Актуальные аспекты работы медицинской сестры отделения (кабинета) терапевтической стоматологии» в объеме 36 часов

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)

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

от _____

Адрес: _____

телефон: _____

заявление

Прошу Вас направить документ о повышении квалификации
почтовым отправлением на адрес: _____

(индекс, область\край, город\поселок\село, улица\проспект, номер дома, квартира(при наличии))

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись, расшифровка подписи)