

ГБПОУ «НОВОРОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

ОДПО

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**
«Вопросы оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»

9. Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____
кем, где выдан _____

10. Постоянный домашний адрес (по регистрации): _____

11. Личная подпись слушателя _____

12. Дата заполнения карточки _____

13. Дата начала обучения по ДПП ПК _____

14. 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 **«Вопросы оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» 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)