

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 вопросы организации и проведение профилактических прививок»**
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 вопросы организации и проведение профилактических прививок» 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)