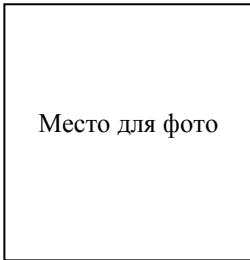


ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ



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 деятельности специалистов, оказывающих медицинскую помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях»**
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 фельдшера

---

(Ф.И.О.)

---

(наименование организации, место работы)

### Заявление

Прошу зачислить меня обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Актуальные вопросы деятельности специалистов, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях» 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)