

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**  
**«Особенности профессиональной деятельности специалистов со средним**  
**медицинским образованием в условиях распространения новой коронавирусной**  
**инфекции COVID-2019»**

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 **«Особенности профессиональной деятельности специалистов со средним медицинским образованием в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-2019»**

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)