ЗАЯВКА

***Я,*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО полностью в именительном падеже)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

Работающий в (название медицинской организации):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить место на обучение по дополнительной профессиональной программе

*повышения квалификации/профессиональной переподготовки*

*(нужное подчеркнуть)*

Наименование программы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сроки обучения с «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

О себе сообщаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование вуза, который закончил, год окончания, |  | |
| Специальность по диплому |  | |
| Интернатура по специальности, год окончания |  | |
| Ординатура по специальности, год окончания |  | |
| Профессиональная переподготовка по специальности, год окончания |  | |
| Стаж работы по специальности (указать специальность и стаж) |  | |
| Гражданство |  | |
| Адрес места жительства с почтовым индексом |  | |
| Контактный телефон |  | |
| Факс |  | |
| e-mail |  | |
|  | |  |

Приложение: 1) копия диплома об окончании медицинского вуза (факультета), 2) копия документов об окончании интернатуры или клинической ординатуры и/ или диплома о профессиональной переподготовке, 3) копия трудовой книжки. Без этих документов личные заявления на обучение не рассматриваются.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечание: места на курсы по заявкам физических лиц, предоставляются для обучения на условиях оказания платных образовательных услуг. По прибытию в Москву в Образовательном центре ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России с обучающимся заключается договор об оказании платных образовательных услуг. Оплата за обучение производится в безналичной форме.