14. Профессиональная переподготовка:

специальность _____ год окончания _____

15. Сертификат специалиста получен (**да, нет**) _____ год получения _____

По специальности _____

16 Стаж работы по специальности _____

17. Врач **городского** или **сельского** учреждения **(нужное подчеркнуть)**

18. Занимаемая должность в настоящее время _____

19. Место работы:

Федеральный округ _____

Республика (край, область)_____Город_____

Название учреждения (с ведомственной принадлежностью)

_____

Учреждение : государственное или негосударственное
(нужное подчеркнуть)

Адрес_____

19. Телефон _____Электронный адрес _____

20. Адрес постоянного места жительства: Почтовый индекс _____

Федеральный округ _____

Республика (край, область) _____

Город_____ улица _____

дом_____ корпус _____ квартира _____телефон _____

Дата прибытия на кафедру _____

В соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных», я

ф.и.о.

паспорт серия _____ № _____ выдан (кем) _____

_____ когда _____

выражаю ФГБОУ ДПО РМАНПО согласие на обработку, систематизацию, хранение, использование,
обезличивание, уничтожение моих персональных данных, указанных в настоящей карточке слушателя, с использованием средств автоматизации в целях анализа подготовки медицинских кадров в течение 10 лет с даты начала цикла

Личная подпись обучающегося _____

Подпись куратора цикла _____

Подпись специалиста управления ДПО _____

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования

КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Факультет _____
2. Кафедра_____
3. Цикл_____

_____

Сроки проведения _____

4. Путевка: бюджетная или на условиях платных образовательных услуг
(нужное подчеркнуть)
5. Адрес общежития или другого места жительства в г. Москве в период повышения квалификации _____

_____контактный телефон _____

6. Фамилия, имя, отчество (**печатными буквами**)

Ф.	
И.	
О.	

СНИЛС				-				-				-		

7. Пол _____ 8. Дата рождения «____» _____ _____г. 9. Гражданство_____
10. Полное наименование вуза, который окончил слушатель_____

_____

Специальность по диплому вуза _____

Диплом серия_____ №_____ год окончания вуза_____

11. Прохождение интернатуры: специальность_____

год окончания_____

12. Прохождение ординатуры: специальность_____

год окончания_____

13. Аспирантура: специальность _____

год окончания_____