Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Алиева Лиана Халаддиновна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, г.Московский, ул.Москвитина, д.3, корп.1, кв.201

Контактный телефон: +7(909) 976 99 98

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Балковая Екатерина Андреевна

Зарегистрирован по адресу:

Тверская обл., г.Кимры, ул.Чапаева. д.17, кв.29

Контактный телефон: +7(903) 033 16 61

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Бирюкова Ольга Александровна

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., г.Обнинск, ул.Славского, д.4, кв.190

Контактный телефон: +7(910) 524 53 23

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Бондарчук Наталья Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., Боровский р-н. д.Кабицыно, ул.В.Харламова, д.53

Контактный телефон: +7(905) 643 52 50

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Боровикова Анастасия Александровна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., г.Долгопрудный, ул.Новый Бульвар, д.9, кв.80

Контактный телефон: +7(903) 112 36 71

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Булат Диана Сергеевна

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., Жуковский р-н, д.Колесниково, д.70

Контактный телефон: +7(919) 039 78 98

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Буханова Татьяна Евгеньевна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Первомайская, д.44/20, кв.86

Контактный телефон: +7(925) 352 88 62

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Голубева Ирина Анатольевна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.пр-д Шокольского, д.59, корп.2, кв.317

Контактный телефон: +7(909) 649 92 41

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Дулев Артём Владимирович

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., г.Обнинск, ул.Пр-кт Маркса, д.48, кв.71

Контактный телефон: +7(900) 576 52 08

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Завилова Светлана Сергеевна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Маршала Неделина. д.20, кв.45

Контактный телефон: +7(916) 027 73 29

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Коровина Наталья Михайловна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Дубравная, д.40, к.2, кв.586

Контактный телефон: +7(903) 256 64 58

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Кушниренко Елена Алексеевна

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., Боровский р-н, д.Кабицыно, мкр.Молодежный, д.8, кв.43

Контактный телефон: +7(906) 644 94 11

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Муравьева Татьяна Юрьевна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Уссурийская, д.3, корп.1, кв.32

Контактный телефон: +7(909) 944 59 01

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Николаева Екатерина Сергеевна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., г.Подольск, мкр.Климовск, ул.Красная, д.9, кв.53

Контактный телефон: +7(967) 270 65 56

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Руденко Артем Сергеевич

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., г.Обнинск, пр-ки Маркса, д.24, кв.74

Контактный телефон: +7(977) 928 03 02

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Руденко Игорь Сергеевич

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл., г.Обнинск, пр-т Маркса, д.24, кв.74

Контактный телефон: +7(900) 115 75 10

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Тархов Иван Дмитриевич

Зарегистрирован по адресу:

Москвоская обл., р-н Нахабино, ул.Институтская. д.13А, кв.46

Контактный телефон: +7(953) 766 16 88

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Твердюков Матвей Александрович

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Волжский б-р, д.6, к.1, кв.30

Контактный телефон: +7(963) 776 76 49

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Шумбасова Юлия Сергеевна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., г.Балашиха, мкр.Гагарина, д.24, кв.112

Контактный телефон: +7(996) 977 69 29

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Якушин Алексей Романович

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Медынская, д.5, корп.3, кв.27

Контактный телефон: +7(985) 688 01 05

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности Реабилитационное сестринское дело

О себе сообщаю:

Общий трудовой стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

Не работаю по специальности более \_\_\_\_\_\_\_\_ лет

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

С государственной лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом и Правилами внутреннего распорядка обучающихся ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, Правилами приёма, а также с информацией об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении, ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствие со статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю своё согласие ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, расположенного по адресу: г. Москва, ул. Лосиноостровская, д.2, на сбор, обработку и хранение моих персональных данных на период обучения в ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, а именно:

- мои фамилия, имя, отчество, дата рождения;

- иные паспортные данные, в том числе адрес регистрации и проживания;

- контактные телефоны;

- сведения о месте работы (учёбы).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_