Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Бахметьева Анна Ивановна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва ул.Ватутина д.13 корп.1 кв.23

Контактный телефон: +7(909) 691 85 47

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 Данькова Галина Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., Одинцовский р-н, п.Новый городок, д.41, кв.20

Контактный телефон: +7( )

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 Зюкина Светлана Борисовна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., Одинцовский р-н, д.Чупряково, д.5, кв.54

Контактный телефон: +7( )

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 Иванющенко Валентина Николаевна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., г.Одинцово, с.Ершово, д.4, кв.63

Контактный телефон: +7( 919 ) 770 89 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 Кадырова Юлия Ренатовна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Мурановская, д.4, кв.170

Контактный телефон: +7( )

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 Кирилюк Вера Михайловна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., гор.Одинцово, ул.Можайское шоссе, кв.73

Контактный телефон: +7( 926 ) 710 00 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 Кошевая Виктория Викторовна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., гор.Краснознаменск, ул.Победы, д.2, квю176

Контактный телефон: +7( )

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 Крупеня Валентина Ивановна

Зарегистрирован по адресу:

М.О. Одинцовский р-н пос.Горки-10, дом 22, кв.50

Контактный телефон: +7(963 ) 924 24 95

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 Преснякова Ирина Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., пос.Власиха, ул.Южная, д.2, кв.13

Контактный телефон: +7( )

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 Присяжная Екатерина Александровна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., Одинцовский р-н, с.Юдино, ул.Прлетарская, д.42А, кв.49

Контактный телефон: +7( )

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 Рахмаева Нурия Мясютовна

Зарегистрирован по адресу:

Московская область, г.Одинцово, г-к Кубинка-8, д.10, кв.91

Контактный телефон: +7( )

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 Сироткина Лариса Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

Московская обл., Одинцовский р-н, г.Голицыно, ул.Советская, д.52, корп.4, кв.37

Контактный телефон: +7( )

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 Третьякова Лариса Анатольевна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва, ул.Домостроительная

Контактный телефон: +7( )

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 Угленко Дарья Юрьевна

Зарегистрирован по адресу:

г.Ростов-на-Дону, ул.Киргизская, д.6, кв.68

Контактный телефон: +7( )

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 Яковлева Ирина Владимировна

Зарегистрирован по адресу:

г.Москва пос.Внуковское ул.Летчика Грицевца д.9 кв.147

Контактный телефон: +7(903) 148 55 93

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