Директору

ФГБУ ДПО ВУНМЦ

Минздрава России

Н.В. Зеленской

от Левченко Владислав Александрович

Зарегистрирован по адресу:

МО,Наро-Фоминск,рп.Калининец,Армейская,1

Контактный телефон: +7(938) 438 49 68

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности 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 Насриддинов Талабшох Рахимбекович

Зарегистрирован по адресу:

Калужская область,Людиновский район,Плеханова,16/1

Контактный телефон: +7(906) 116 08 79

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности 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 Хасанова Дильфуза Джамшедовна

Зарегистрирован по адресу:

Калужская обл, Бабынинский р-н, с. Антопьево, ул. Новая, д. 6, кв. 2

Контактный телефон: +7(936) 240 40 70

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня слушателем ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России на обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки по специальности 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_