|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
|  | |  | |
| Найменування підприємства (установи, організації) | | Затвердженонаказом Держкомстату Українивід 5 грудня 2008 р. № 489 | |
|  | |
| Код ЄДРПОУ | |  |
| Дата складання | |  |

**НАКАЗ №** **1/2025 від 19.10.2025**

**(РОЗПОРЯДЖЕННЯ)**

**на підвищення кваліфікації**

**Направити на курси з підвищення кваліфікації з 20.10.2025 по 21.10.2025 працівника:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |  |
| **Іванов Іван Іванович** |  |
| (прізвище, ім’я, по батькові) |  |
| **Дерматовенерологічне відділення** | |
| (назва структурного підрозділу)  Лікар-дерматовенеролог | |
| назва професії (посади), розряд, клас (категорія) кваліфікації | |
|  | |
| **Інформація про захід:**   |  | | --- | |  | |  | |  |  | | **Тренінг з безпеки** |  | | (курс/тренінг) |  | | **ТОВ "Безпека"** | | | (провайдер)  очний | | | (формат) | | | м. Київ, вул. Шевчека, буд. 93 | | | (місце/платформа) | | | 20.10.2025 — 21.10.2025 | | | (період навчання) | | | 10 акад. год. | | | (обсяг навчання) | | | з відривом | | | (режим) | | | коштом закладу | | | (фінансування) | | | 1000 | | | (орієнтована вартість) | | | Лист-запрошення | | | (підстава) | | | |
|  | |

**Умови та доручення**:

Зберегти середній заробіток на період навчання.

(За потреби) Оформити службове відрядження, забезпечити проїзд/добові/проживання відповідно до кошторису.

Керівнику підрозділу забезпечити безперервність роботи на час відсутності працівника.

Працівнику після завершення надати до відділу кадрів копію сертифіката/свідоцтва із зазначенням фактичних годин.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Керівник підприємства** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Мельник Юлія Олександрівна |
| (установи, організації) |  | підпис | | ПІБ |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **З наказом (розпорядженням)**  **ознайомлений** | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Іванов Іван Іванович  року |
|  | | | підпис працівника |  |