

И.о. директора ФГБУ "НМИЦ РК" Минздрава России
Фесюну Анатолию Дмитриевичу

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

--

(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения (дд.мм.гг)

--	--	--

С Н И Л С

Паспорт серия

	номер		,	
--	-------	--	---	--

дата выдачи:

	.		.		г.
--	---	--	---	--	----

код подразделения:

--	--

Место регистрации
(с указанием индекса):

--

Телефон:

--

E-mail:

--

прошу зачислить меня в число слушателей дополнительной профессиональной образовательной программы
повышения квалификации по разделу

«Основы реабилитации онкологических пациентов», 72 часа

период обучения

с 23 марта по 10 апреля 2020 года

по форме обучения:

очная (с применением дистанционных технологий)

К заявлению прилагаю :

1. Копию диплома об окончании медицинского (высшего или среднего) учебного заведения (документа, подтверждающего установление эквивалентности полученного за рубежом образования российскому).
2. Копии документов, подтверждающих факт изменения фамилии (при наличии).
3. Копию документа об окончании интернатуры/ординатуры
4. Копию действующего сертификата специалиста.
5. Копию СНИЛСа
5. Копию паспорта (первый "разворот" и страница с регистрацией).

Подпись

Подтверждаю, что с лицензией на право осуществления образовательной деятельности ФГБУ "НМИЦ РК" Минздрава России серия 90Л01 №0009723, регистрационный №2631 от 04.09.2017, выданной Росособрнадзором, а также с информацией об ответе об ответственности за подлинность документов, подаваемых при поступлении ,ознакомлен (а).

Подпись

Настоящим также даю согласие ФГБУ "НМИЦ РК" Минздрава России на обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, уничтожение моих персональных данных для целей, связанных с оказанием вышеуказанных образовательных услуг, а также на получении информации, связанной с оказанием образовательных услуг ФГБУ "НМИЦ РК" Минздрава России.

Подпись

ФИО сотрудника Образовательного центра, получившего согласие _____ / Чарская Т.Ю./