

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

Генеральному директору  
ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" Минздрава России  
академику РАН, профессору Е.В. Шляхто

от	Ф.																						
	И.																						
	О.																						

Наименование ВУЗа/колледжа \_\_\_\_\_

---

год окончания \_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_

**Интернатура:** учреждение \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_

**Клиническая ординатура:** учреждение \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_

**Аспирантура:** учреждение \_\_\_\_\_

год окончания \_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_

Ученая степень, ученое звание \_\_\_\_\_

Работающего  Не работающего

по специальности \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

занимаемая должность \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Постоянно проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

_____	индекс								
Контактный телефон									
Электронная почта									

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе  
профессиональной переподготовки по специальности

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. по " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. по " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

продолжительностью \_\_\_\_\_ час. с отрывом  без отрыва

от основного места работы, на бюджетной  договорной  основе.

На обработку персональных данных согласен.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**СОГЛАСОВАНО:**

Директор Института медицинского образования \_\_\_\_\_ Е.В. Пармон

Зав. Департаментом дополнительного профессионального образования \_\_\_\_\_ И.С. Голубева

**ДОПУСК К ОБУЧЕНИЮ:**      допущен       не допущен

