|  |
| --- |
| Генеральному директору ООО «Архангельская Школа Лечения Боли» |
| Антипину Эдуарду Эдуардовичу  ФИО |
| *от* |
|  |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Название программы | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сроки проведения обучения | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Уровень образования: | | | | высшее | | | | | | |  | | | среднее | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| Наличие интернатуры: | | | | да | | |  | | | нет | | | | |  | специальность | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | | | |  | | | |
| Наличие ординатуры: | | | | да | | |  | | | нет | | | | |  | специальность | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сведения о прохождении профессиональной переподготовки (если была) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (укажите название программы профессиональной переподготовки, год и место прохождения) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место работы (название медицинской организации, область, город): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Занимаемая должность: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **СНИЛС** (указать номер обязательно) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес фактического проживания: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Индекс, |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Контактный телефон | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Персональный адрес электронной почты** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | (разборчиво или печатными буквами) | | | | | | | | | |
| Имею свободный доступ к компьютеру и возможность выхода в Интернет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | (подпись) | | |
| Согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в ООО «Архангельская Школа Лечения Боли» (г. Архангельск) (далее – Образовательная организация) персональных данных (Ф.И.О., дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, сведения об образовании, обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, номера личных телефонов, контактная информация, информация об образовании, информация о трудовой деятельности, и размещение их в базах данных Образовательной организации для обработки персональных данных обучающихся.  Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, а конфиденциальность персональных данных соблюдается операторами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.  Мне разъяснено, что в Образовательной организации ведется открытое видеонаблюдение с целью обеспечения моей безопасности, безопасности учебного процесса, поддержания дисциплины и порядка, предупреждения возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечения объективности расследования в случаях их возникновения.  Настоящее согласие действует в течение периода обучения и хранения личного дела. Я информирован(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

дата подпись И.О. Фамилия

В случае заполнения заявления неразборчивым почерком и отказа от предоставления ксерокопии паспорта, ответственность за возможные ошибки в написании ФИО в выдаваемом университетом документе, а также в направлении данных для доступа в систему дистанционного обучения возлагается на слушателя.

**При наличии перерыва более пяти лет в трудовом стаже по специальности, указанной в сертификате специалиста/свидетельстве об аккредитации, для получения допуска к медицинской деятельности необходимо обучение по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки.**