



## Заявление о приеме на обучение по дополнительным образовательным программам профессиональной переподготовки

Фамилия .....

Имя ..... Отчество .....

Дата рождения ..... Гражданство .....

СНИЛС ..... Мобильный телефон .....

Адрес электронной почты .....

Город, наименование ЛПУ

Должность

**Прошу зачислить на цикл** по теме: .....

в объеме:

на кафедру:

### Сведения об образовании

Наименование образовательного учреждения .....

Специальность по диплому:

Дата получения диплома .....

Серия, номер диплома .....

Интернатура/ординатура *(при наличии)* .....  
(специальность, год окончания)

### Список предоставляемых документов:

*Перечислите документы, которые Вы прикладываете к заявлению.*

Диплом об окончании медицинского (фармацевтического)  
учебного заведения

Трудовая книжка

Документ о послевузовском образовании

Свидетельство о браке (если в документах  
прослеживается изменение фамилии)

СНИЛС

Отправляя заявку на обучение:

Я подтверждаю, что все указанные персональные данные принадлежат мне и являются достоверными. Об ответственности за достоверность указанных в заявлении сведений и подлинность предоставленных документов предупрежден(а).

Даю согласие на обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство, СНИЛС, сведения об образовании (квалификации) и документах, их подтверждающих), в том числе на передачу указанных персональных данных третьим лицам, для зачисления на цикл обучения дополнительного профессионального образования.

Дата подачи заявления .....

### Контакты



По вопросам зачисления обращайтесь на профильную кафедру.  
Справочная 8 (495) 617-10-50