



Заявление о приеме на обучение по дополнительным образовательным программам повышения квалификации

Фамилия

Имя Отчество

Дата рождения Гражданство

СНИЛС Мобильный телефон

Адрес электронной почты

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

Документ о послевузовском образовании

СНИЛС

Сертификат специалиста или свидетельство
об аккредитации (при наличии)

Свидетельство о браке (если в документах
прослеживается изменение фамилии)

Сформируйте архив документов в формате .rar и отправьте вместе с заполненным заявлением на электронный адрес кафедры

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