



## 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