

От _____

(фамилия имя отчество слушателя ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Дата рождения « ____ » _____ года

Мобильный телефон _____

Адрес эл. почты _____

СНИЛС _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ
(ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)**

Прошу зачислить меня на курс повышения квалификации ☐/проф.переподготовки ☐/проф.обучение ☐

Наименование образовательной программы

Даты обучения с « ____ » _____ 2026 года по « ____ » _____ 2026 года

*Место работы _____

Для оформления предоставляю следующие сведения:

1. Паспорт Серия _____ Номер _____ Дата выдачи « ____ » _____

Выдан _____

2. Гражданство Россия ☐

*При наличии двойного гражданства – указать: _____

3. **Базовый диплом** (высшее/среднее образование) специалиста с медицинским (фармацевтическим) образованием:

Выдан (кем) _____

Серия _____ № _____ Дата выдачи « ____ » _____ г.

Специальность по диплому _____

4. Аккредитация:

Аккредитован *по специальности* _____

Дата проведения « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата, до которой действительно решение аккредит. комиссии « ____ » _____ 20 ____ г.

5. **ДЛЯ ИНОГОРОДНИХ** «Удостоверение о повышении квалификации/диплом о профессиональной переподготовке/свидетельство прошу выслать на мой **домашний адрес**»

Индекс _____ Край _____ Город _____

Улица _____ Дом _____ Кв. _____

Кому _____

Достоверность и правильность заполнения предоставленных сведений подтверждаю.

Согласен(на) на использование, обработку АНО ДПО «Пермский ИПК работников здравоохранения» в процессе обучения указанных персональных данных

С правилами внутреннего распорядка ознакомлен(а). С правилами противопожарной безопасности ознакомлен(а)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____