|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заместителю директора по образовательной деятельности  ФГБУ “НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина “ Минздрава России,  к.м.н. Петровскому А.В.  **ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ НА ПРОГРАММУ ДПО** | | | | | |
| ФИО  обучающегося  (полностью) |  | | | | |
| Дата рождения  дд.мм.гггг |  | | Пол | Мужской/Женский | |
| Место работы,  должность |  | | | | |
| Адрес места  жительства |  | | | | |
| ВУЗ, № диплома,  год окончания |  | | | | |
| Телефон (моб.) |  | e-mail | | |  |
| Специальность, дата выдачи  последнего сертификата |  | | | | |
| СНИЛС |  | | | | |
| Паспорт | серия,№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **ПРОШУ ЗАЧИСЛИТЬ МЕНЯ НА ПРОГРАММУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО**  **ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ** | | | | | |
| НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина | МСТАЦ Департамента профессионального образования | | | | |
| Наименование программы | Лапароскопическая тазовая лимфаденэктомия при злокачественных новообразованиях женских половых органов | | | | |
| ПК/ПП | Повышение квалификации | | | | |
| Сроки проведения | 19.09.2022г. по 23.09.2022г. | | | | |
| Объем, ч. | 36 ч. | | | | |
| Основы обучения | Бюджет (по путевке за счет средств Федерального бюджета) | | | | |
| Контракт (оплачиваю самостоятельно/оплачивает юр.лицо подчеркнуть нужное) | | | | |
| Даю свое согласие ФГБУ НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина Минздрава России (Москва, Каширское шоссе, 23) на обработку своих выше указанных персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение , уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью оказания образовательных услуг отделом дополнительного профессионального образования. Настоящее согласие действует бессрочно, согласие может быть отозвано обучающимся в любой момент при письменном уведомлении оператора.  **Согласен получать рассылку от НМИЦ онкологии им.Н.Н.Блохина, касающуюся моего дополнительного профессионального образования.** | | | | | |
| Обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.  (подпись) (Фамилия И.О.) (дата) | | | | | |
| **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России)**, осуществляющее образовательную деятельность на основании бессрочной лицензии на право осуществления образовательной деятельности от 22 февраля 2018г. № 2720, выданной Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки. | | | | | |
| **Документы прилагаются:** копия диплома об окончании вуза, копия документа об окончании интернатуры/ординатуры, копию диплома о профессиональной переподготовке, копию трудовой книжки. | | | | | |
| **ОПЛАТУ ГАРАНТИРУЕМ (для юр.лица)**  **Реквизиты организации**  **Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(подпись) (ФИО)**  **М.П.** | | | | | |