|  |
| --- |
| 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** |
| ФИОобучающегося(полностью) |  |
| Дата рождениядд.мм.гггг |  | Пол | Мужской/Женский |
| Место работы,должность |  |
| Адрес местажительства |  |
| ВУЗ, № диплома,год окончания |  |
| Телефон (моб.) |  | e-mail |  |
| Специальность, дата выдачипоследнего 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.** |