Проректору по послевузовскому образованию

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России Клюковкину К.С.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(фамилия, имя, отчество)*

**Заявление**

Прошу принять меня на обучение по дополнительной образовательной программе **профессиональной переподготовки**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата начала обучения) (дата окончания обучения)*

Анкетные данные:

 *(должность)*

 *(место работы)*

*(регион прописки)*

*(регион проживания фактического)*

E-mail (личный):

Моб. телефон (личный):

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения:  | Гражданство: |

СНИЛС:

Диплом ВУЗа:

*(специальность, год окончания)*

Интернатура:

*(специальность, год окончания)*

Ординатура:

*(специальность, год окончания)*

Профессиональная переподготовка *(при наличии)*:

*(специальность)*

Аккредитация *(при наличии)*:

 *(специальность)*

Дата заполнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

Осведомлен, что для прохождения процедуры периодической аккредитации портфолио подаётся мною лично в Федеральный аккредитационный центр.

Даю свое согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись слушателя)*