

**Проректору по послевузовскому образованию
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России
Клюковкину К.С.**

от

_____ (фамилия имя отчество)

_____ (должность)

_____ (место работы)

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 / первичная специализация (при наличии):

_____ (специальность)

Аккредитация (при наличии):

_____ (специальность)

Заявление

Прошу принять меня на обучение по дополнительной образовательной программе
повышения квалификации: _____

на кафедре: _____

с _____ (дата начала обучения) по _____ (дата окончания обучения)

Дата заполнения: _____

Осведомлен, что для прохождения процедуры периодической аккредитации портфолио
подаётся мною лично в ФАЦ (федеральный аккредитационный центр).

Даю свое согласие на обработку персональных данных

_____ (подпись слушателя)