Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРОГРАММАМ**

**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** |  |
| **Дата рождения** (число, месяц, год) |  |
| **Вид документа, удостоверяющего личность** | **Паспорт гражданина Российской Федерации**  **Иной документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Данные документа, удостоверяющего личность** | **серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.**  **кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **код подразделения** |
| **Адрес** (фактический адрес для физических лиц) | **Индекс:** |
| **Номер ИНН** (для физических лиц) |  |
| **СНИЛС** (обязательно)  ХХХ-ХХХ-ХХХ ХХ |  |
| **Контактный телефон** (сотовый) |  |
| **Е-mail** (слушателя для предоставления доступа на образовательную платформу edu.mednet.ru) |  |
| **Какой вуз окончил** (название) |  |
| **Интернатура по специальности** (при наличии) |  |
| **Ординатура по специальности**  (при наличии) |  |
| **Место работы** | **Наименование организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес юридического лица: индекс**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Должность** |  |
| **Гос. служащий/муниципальный служащий** (указать при наличии) |  |
| **Программа дополнительного профессионального образования**  **ПК** | **Название:** «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_ акад. часов  **Дата начала цикла**  **Дата окончания цикла** |
| **Выбранный МОДУЛЬ программы** (указывать только номера модулей) |  |

**Категория специалиста** *(выбрать из предложенных вариантов)*:

Руководитель организации/структурного подразделения

Специалист с высшим медицинским образованием

Сотрудник образовательного учреждения высшего / среднего образования (*подчеркнуть)*

Другое