|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору федерального государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию» Министерства здравоохранения Российской Федерации Мирошниченко А.Г. |

|  |
| --- |
|  |
| *фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) в именительном падеже* |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *основной документ, удостоверяющий личность* |  | *серия* |  | *номер* |  | *дата выдачи* |
|  |  |  |
| *кем выдан* |  | *код подразделения* |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *страховой номер индивидуального лицевого счета* |  | *дата рождения* |  | *пол* |  | *контактный телефон* |
|  |  |  |
| *адрес места жительства* |  | *адрес электронной почты* |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

***Прошу принять меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации***

|  |
| --- |
|  |
| *наименование дополнительной профессиональной программы повышения квалификации* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *трудоемкость (часов)* |  | *форма обучения* |  | *основа обучения* |  | *дата начала обучения* |  | *дата окончания обучения* |

***О себе сообщаю следующие сведения:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *уровень образования* |  | *специальность/направление подготовки* |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *документ об образовании и квалификации (документ об обучении в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)* |  | *серия* |  | *номер* |  | *дата выдачи* |
|  |
| *фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) в именительном падеже, указанные в документе об образовании и квалификации (об обучении)* |
|  |
| *наименование организации-работодателя (наименование образовательной организации в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)* |
|  |
| *должность (не указывается в случае, если на момент подачи заявления лицо получает высшее или среднее профессиональное образование)* |

✓ *С Уставом ФГБУ ДПО ВУНМЦ Минздрава России, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой, положением о правилах приема на обучение, положением о правилах внутреннего распорядка обучающихся, правилами оказания платных образовательных услуг, а также с информацией о реализации образовательных программ или их частей с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий и о необходимости указания достоверных сведений и предоставления подлинных документов,* ***ознакомлен(а)*** *(в том числе через информационные системы общего пользования).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *дата* |  | *подпись*  |