**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 профессиональной программе **повышения квалификации**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

на кафедре: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Дата записи на цикл по программам ДПО ([**https://en.1spbgmu.ru/zapis-na-czikl-po-programmam-dpo/**](https://en.1spbgmu.ru/zapis-na-czikl-po-programmam-dpo/) **) ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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)*