

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Фамилия _____ Имя _____

Отчество (полностью) _____

Дата рождения _____ (день, месяц, год)

2. E-mail: _____ Номер моб. тел. _____

3. Название ДПП _____

(указать наименование цикла, специальность)

4. Дата начала обучения _____ Дата окончания обучения _____

5. Формат обучения (нужное выбрать):

☐ в рамках реализации непрерывного медицинского образования (НМО)

☐ традиционное обучение

6. Форма освоения ДПП _____

(очная, очно-заочная, заочная)

7. Номер СНИЛС _____

8. Паспорт серия _____, номер _____, дата выдачи _____

(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)

9. Адрес места регистрации _____

(по документу, удостоверяющему личность)

10. Адрес места жительства _____

(индекс, страна, регион, населенный пункт, улица, дом, квартира)

11. Документ об образовании: _____

(наименование образовательной организации (ВО/СПО) и год его окончания)

диплом _____ дата выдачи _____

(серия, номер)

12. Место работы _____

(индекс, адрес, наименование учреждения, номер телефона с кодом города)

13. Должность на момент заполнения _____

(с указанием специальности)

14. Общий врачебный стаж _____ 14. Стаж работы по специальности _____

15. Послевузовское образование _____

(вид документа, специальность – интернатура/ординатура/аспирантура, месяц и год окончания)

16. Профессиональная переподготовка (последние данные) _____

(документ об окончании с указанием серий и номера, специальности, кол-во часов, наименование образовательного учреждения)

17. Повышение квалификации (последние данные) _____

(наименование цикла, специальность, дата начала, дата окончания, кол-во часов, наименование образовательного учреждения)

Подпись _____

(ФИО полностью)