Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Саратовский областной базовый медицинский колледж»

Центр дополнительного образования

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА СЛУШАТЕЛЯ

(обучение на бюджетной основе за счет средств Учредителя)

(заполняется собственноручно слушателем, проверяется и заверяется работником ОК ЛПУ)

Вид обучения: профессиональная переподготовка / повышение квалификации (нужное подчеркнуть)

Специалность_____

Наименование программы повышения квалификации _____

(записать полное наименование)

_____

Период обучения: с «_____» _____ 20___ г. по «_____» _____ 20___ г.

Продолжительность обучения _____ ч. **Форма обучения**: очная **Номер путевки** _____

ФИО слушателя _____

Дата рождения _____ **Возраст** _____ **Паспорт:** серия _____ номер _____

Номер СНИЛС | | | | | | | | | | | | | | |

Образование по диплому:

наименование образовательного учреждения, выдавшего диплом _____

_____

серия диплома _____ номер диплома _____ дата окончания образовательного учреждения _____

специальность по диплому _____квалификация _____

ФИО по диплому _____

наименование документа о смене фамилии _____ серия, номер_____

Предыдущее дополнительное профессиональное образование: год обучения _____

вид программы: профессиональная переподготовка / повышение квалификации (нужное подчеркнуть)

специальность: _____ количество часов: _____

наименование программы повышения квалификации: _____

_____

серия, номер сертификата / диплома о ПП/ свид-ва об аккредитации _____

Сведения о профессиональной деятельности (в соответствии с записью в трудовой книжке):

место работы _____

подразделение (отделение, кабинет и т.д.) _____

должность _____

стаж работы: общий медицинский _____ лет; в учреждении _____ лет; по занимаемой должности _____ лет

конт. тел. начальника ОК (главной медицинской сестры): _____

ФИО начальника ОК (глав. м/с) _____

Адрес регистрации на территории РФ: почтовый индекс | | | | | | | _____

_____

Адрес по месту проживания (заполнить графу, если адрес фактического проживания отличается от адреса регистрации)

почтовый индекс | | | | | | | _____

_____

Мобильный телефон | | | | | | | | | | | | |

Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Дата заполнения «____» _____ 20 ___ г. Подпись слушателя V_____

Сведения проверил _____

(должность, подпись, фамилия работника отдела кадров ЛПУ)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с Законом «Об информации, информатизации и защите информации» № 149-ФЗ от 27.07.2006 г. и Федерального закона РФ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. согласен(а) на обработку моих персональных данных, с целью осуществления учебного процесса, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение, в период обучения в ГАПОУ СО «СОБМК». Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления.

Подпись слушателя V _____

Печать ОК МО

Директору ГАПОУ СО «СОБМК» Морозову И. А.
от _____
_____
(Ф.И.О. полностью)
Дата рождения _____
Место работы, должность, общий медицинский стаж
_____
_____
_____
_____
Паспорт: серия_____ номер _____
кем выдан _____
_____
_____
дата выдачи _____
Адрес регистрации по месту жительства_____
_____
_____
Контактный телефон_____

З А Я В Л Е Н И Е.

Прошу зачислить меня на обучение по программе:

☐ повышения квалификации _____
_____
_____ ,
(наименование программы ПК)
продолжительностью _____ ч.

☐ профессиональной переподготовки
по специальности _____ ,
(наименование специальности ПП)
продолжительностью _____ ч.

с «_____» _____20 ___ г. по «_____» _____20 ___ г.

Подтверждаю:

Я знаком(а) с Положением «Об использовании электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации программ дополнительного образования в ГАПОУ СО «СОБМК» и имею необходимые организационно-технические условия, в частности:

- ☐ наличие электронной почты ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
- ☐ наличие персонального компьютера (ноутбука); наличие компьютерной периферии (аудиоколонки и/или наушники);
- ☐ доступ к информационно-телекоммуникационной сети Интернет в режиме 24 часа в сутки 7 дней в неделю без учета объемов потребляемого трафика за исключением перерывов для проведения необходимых ремонтных и профилактических работ при обеспечении совокупной доступности услуг не менее 99,5% в месяц;
- ☐ наличие браузера;
- ☐ наличие программы Adobe Acrobat Reader DC или аналогичного программного обеспечения для просмотра документов pdf-формата.

Дата заполнения: «____» _____ 20 ___ г. Подпись слушателя: V_____