

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

Центр дополнительного образования

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА СЛУШАТЕЛЯ

(обучение на основе договоров об оказании платных образовательных услуг)

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

Специальность _____

Наименование программы повышения квалификации _____

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

Продолжительность обучения _____ ч. Форма обучения: очная Номер договора: _____

Наименование плательщика: _____
(наименование организации или ФИО физического лица)

ФИО слушателя _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Паспорт: серия _____ номер _____

Номер СНИЛС

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Образование по диплому:

наименование образовательного учреждения, выдавшего диплом _____

серия диплома _____ номер диплома _____ дата окончания ОУ _____

специальность по диплому _____ квалификация _____

ФИО по диплому _____

документ 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) _____

должность _____

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

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 _____

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 _____

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 СП)

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 _____