

Ректору АНОДПО  
Института профессионального  
образования в сфере здравоохранения и  
социального развития доценту Гафарову И.Р.

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью

\_\_\_\_\_  
должность, уч. степень, уч. звание

\_\_\_\_\_  
дом. телефон, сотовый телефон

\_\_\_\_\_  
email

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас разрешить мне пройти повышение квалификации или первичную профессиональную переподготовку (нужное подчеркнуть) на

цикле: \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_, -- \_\_\_\_\_ час.

Предыдущее повышение квалификации по данной специальности проходил(а)

\_\_\_\_\_  
Специальность по диплому \_\_\_\_\_  
(наименование специальности и год присвоения)

Интернатура по специальности \_\_\_\_\_  
(наименование специальности и сроки прохождения)

Клиническая ординатура по специальности \_\_\_\_\_  
(наименование специальности и сроки прохождения)

Профессиональная переподготовка \_\_\_\_\_  
(наименование специальности, сроки прохождения)

Сертификат по специальности № \_\_\_\_\_ дата получения \_\_\_\_\_

Рег. № \_\_\_\_\_ продлен

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

согласна (согласен) на обработку моих персональных данных для зачисления на циклы усовершенствования или переподготовки, оформления документации, связанной с оплатой сертификата или оплатой обучения х/д цикла и получением документов государственного образца по окончании цикла: \_\_\_\_\_

подпись курсанта

Дата \_\_\_\_\_

Виза Ректора АНОДПО «Института профессионального образования в сфере здравоохранения и социального развития» доцента, к.м.н. \_\_\_\_\_ И.Р. Гафаров

Виза проректор по УР, доцент, к.м.н. \_\_\_\_\_ Ф.С. Мусина

Куратор \_\_\_\_\_