

**Главному врачу  
ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ»  
Галкину В.Н.**

от \_\_\_\_\_

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество _____	серия _____ № _____
Дата рождения _____	Когда и кем выдан: _____
Место рождения _____	СНИЛС _____

Адрес и вид регистрации: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня на обучение по программе дополнительного профессионального образования – программе повышения квалификации врачей/среднего медицинского персонала по  
*(оставить нужное)*  
специальности \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ часа) по очной (дневной) форме обучения, на договорной основе.

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году образовательное учреждение высшего/среднего  
*(оставить нужное)*

профессионального образования;

Диплом

Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Сертификат специалиста  по специальности \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Удостоверение о повышении квалификации  по специальности \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

При поступлении имею следующие льготы (особые права) \_\_\_\_\_

Документ, предоставляющий право на льготы (особые права) \_\_\_\_\_

Необходимость создания условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью \_\_\_\_\_

Наличие индивидуальных достижений с детализацией \_\_\_\_\_

О себе дополнительно сообщаю: \_\_\_\_\_

Вышеуказанные сведения подтверждаю. Ознакомлен с тем, что за предоставление подложных документов и недостоверных сведений несу ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования регистрационный № 041424 от 20.05.2021 г., выданной Департаментом образования и науки города Москвы, и отсутствием свидетельства о государственной аккредитации – ознакомлен. \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С правилами приема на обучение, Уставом и Правилами внутреннего распорядка ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» – ознакомлен \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С датой завершения предоставления в приемную комиссию документов установленного образца – ознакомлен \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных: фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о регистрации и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографий, образца личной подписи, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451).

В случае поступления на обучение в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» – согласен с передачей своих персональных данных в информационные системы, базы данных Департамента здравоохранения города Москвы, с их последующей обработкой согласно действующему законодательству РФ.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Ответственное лицо приемной комиссии: \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, инициалы)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.