МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Дополнительное профессиональное образование**

**АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ**

**Курсы повышения квалификации**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
|  | (название цикла/курса/программы, на котором планируется обучение) |
|  |  |
|  |  |
| 2. | **Фамилия** |
|  | (печатными буквами, при необходимости отметить несклоняемость фамилии) |
|  | **Имя** |
|  | (печатными буквами) |
|  | **Отчество** |
|  | (при наличии; печатными буквами) |
| 3.  | **Дата рождения** |
|  | (число, месяц, год) |
| 4. | **Адрес регистрации** |
|  |  |
|  |  |
| 5. | **Паспорт** серия | № | , когда |
| кем выдан: |
|  |
| код подразделения: |
|  |
| 6.  | **СНИЛС**  |
|  |
| 7. | **Образование** |
|  | (какое учебное заведение закончил(а), специальность) |
|  |
| **№, дата выдачи диплома** |
| **Обучение в ординатуре/аспирантуре/докторантуре (указать года обучение)** |
|  |
|  |  |
| 8. | **Место работы** |
|  | (наименование организации) |
|  |  |
|  |  |
|  | (адрес организации) |
|  |  |
|  |  |
| 9. | **Занимаемая должность** |
|  |  |
|  |  |
| 10. | **Стаж работы** (общий / в данной организации) |
|  |  |
|  |  |
| 11. | **Телефоны** моб. рабочий |
|  |  |
| 12. | **Эл. почта** |
|  | **Номер Договора** |
|  | **Дата заключения договора** |
|  | **Номер Акта** |
|  | (заполняется по прибытии) |
| « » 20\_\_\_г. |

 (личная подпись)