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)