**Пакет №1:**

1. Заявка на обучение с сайта [www.edu.rosminzdrav.ru](http://www.edu.rosminzdrav.ru) с печатью организации

1. Личное заявление на обучение (см. ниже)
2. Анкета слушателя (см. ниже)
3. Копия диплома ВУЗа
4. Копия паспорта (1 лист и прописка).
5. Копия сертификата
6. Путевка с печатью организации (распечатывать с двух сторон на одном листе!!!)
7. Копия СНИЛС

**Пакет №2:**

1. Личное заявление на экзамен (см. ниже)
2. Копия диплома ВУЗа
3. Копия документа о профессиональной подготовке по специальности: копия удостоверения об обучении в интернатуре и/ или в ординатуре, и/или документ об обучении в аспирантуре, и/ или документ о профессиональной переподготовке (первичной специализации)
4. Копия трудовой книжки, заверенная отделом кадров по месту работы с надписью, что работает по настоящее время (не ранее, чем за 2 недели до начала обучения)
5. Копия свидетельств о повышении квалификации (обязательна копия последнего свидетельства о повышении квалификации, если будет продление сертификата);
6. Копия сертификата.

Оба пакета документов сдаются каждым слушателем **в первый день обучения** единовременно в полном комплекте в файле (прозрачная папка-карман А4)!!!

Ректору ФГБОУ ВО ПСПб ГМУ им.

И. П. Павлова Минздрава России

Багненко С.Ф.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу принять меня на обучение по программе

на кафедре внутренних болезней стоматологического факультета с по

.

Ректору ФГБОУ ВО ПСПб ГМУ им.

И. П. Павлова Минздрава России

Багненко С.Ф.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу допустить меня к сдаче сертификационного экзамена для подтверждения сертификата специалиста в комиссии ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России по специальности «гастроэнтерология» после обучения по программе ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего образования**

**"Первый Санкт – Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова"**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ

Наименование программы

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета

1. Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес в Санкт-Петербурге\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Год окончания и название ВУЗа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальность по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диплом: Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Последипломное образование:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Год окончания | Специальность |
| Интернатура |  |  |
| Клиническая ординатура |  |  |
| Аспирантура |  |  |

1. Пройденные циклы усовершенствования (за последние пять лет):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название цикла | Длительность цикла  (дней или недель) | Дата окончания цикла (месяц, год) | Учебное заведение |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Ученая степень: ДОКТОР, КАНДИДАТ, БЕЗ СТЕПЕНИ (подчеркнуть)
2. Квалификационная категория: ВЫСШАЯ, ПЕРВАЯ, ВТОРАЯ, НЕТ КАТЕГОРИИ.

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Специальность (должность) по трудовой книжке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стаж работы по этой специальности (месяц и год начала работы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. По какой специальности предполагается получение сертификата или подтверждение

сертификата, выданного "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Дополнительная информация (сроки проведения, часы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения « » 2021г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_