

Директору  
ГОУ СПО «Приднестровский государственный  
медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича  
Окушко Р.В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. слушателя полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на курсы повышения квалификации/профессиональной переподготовки (нужное подчеркнуть) по дополнительной профессиональной образовательной программе «\_\_\_\_\_» для специалистов со средним медицинским или фармацевтическим образованием в государственное образовательное учреждение среднего профессионального образования «Приднестровский государственный медицинский колледж им. Л.А. Тарасевича» на период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на бюджетной/контрактной основе (нужное подчеркнуть).

#### Личные данные:

1. Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_

3. Домашний адрес: \_\_\_\_\_

4. Место работы (полностью):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Отделение, должность (полностью): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Стаж (в годах):

- общий (учеба (за исключением школы); работа; декрет) \_\_\_\_\_ ;

- по специальности \_\_\_\_\_

7. Образование (с указанием учебного заведения, специальности и года окончания):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Последние курсы повышения квалификации (при наличии) : наименование, кол-во часов, сроки прохождения: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Сертификат (при наличии) специальность, срок действия: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Диплом о профессиональной переподготовке (при наличии) специальность, год получение, количество часов: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Контактные телефоны: мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г Подпись \_\_\_\_\_