

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 _____