

Директору

ГОУ ВПО «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 высшего 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. Образование (с указанием учебного заведения, специальности и года окончания):

7. Стаж:
- общий (учеба (за исключением школы); работа; декрет) _____ ;
по специальности _____
8. Последние курсы повышения квалификации (наименование, кол-во часов, сроки прохождения)

9. Сертификат (специальность, срок действия) _____

10. Контактные телефоны: мобильный _____ ; домашний _____

«__» _____ 20__ г. Подпись _____