

федеральное государственное автономное учреждение  
**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

Программа повышения квалификации, (стажировки на рабочем месте) \_\_\_\_\_

Сроки проведения обучения \_\_\_\_\_

Фамилия, Имя, Отчество слушателя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_Сведения о высшем образовании: окончил (а) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_  
(наименование ВУЗа, факультета)

Диплом: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

Специальность по диплому \_\_\_\_\_

Сведения об образовании:

окончил(а) интернатуру да, нет в \_\_\_\_\_ году по специальности \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)  
ординатуру да, нет в \_\_\_\_\_ году по специальности \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)

Сертификат специалиста: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ рег. номер \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

Свидетельство (удостоверение) о повышении квалификации: рег. номер \_\_\_\_\_

Сведения о прохождении профессиональной переподготовки \_\_\_\_\_

(укажите название программы профессиональной переподготовки, год и место прохождения)

Диплом: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

Место работы (название медицинской организации, министерства или ведомства по подчиненности,  
структурного подразделения) \_\_\_\_\_

Адрес, телефон, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Занимаемая должность и стаж работы в ней \_\_\_\_\_

Адрес проживания:

Индекс, адрес и телефон \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Дата прибытия на обучение \_\_\_\_\_ 2019 г.

Подпись слушателя \_\_\_\_\_

Сотрудник  
отдела ВО и ДПО\_\_\_\_\_   
подписьЧистякова Е.Г. 20\_19\_ г.   
ФИО

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в Федеральном государственном автономном учреждении «Научный центр здоровья детей» Минздрава России (далее – Центр) персональных данных (Ф.И.О., дата, место рождения, сведения о гражданстве (подданстве), паспортные данные, сведения об образовании, обязанности, сведения о месте работы, адрес фактического места жительства, адрес по прописке, номера личных телефонов, контактная информация, информация об образовании, информация о трудовой деятельности, и размещение их в базах данных Центра для обработки персональных данных обучающихся.

Я проинформирован(а), что под обработкой персональных данных понимаются действия (операции) с персональными данными в рамках выполнения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, а конфиденциальность персональных данных соблюдается операторами в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Настоящее согласие действует в течение периода обучения и хранения личного дела. Я информирован(а) о том, что настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме в любое время.

\_\_\_\_\_  
дата\_\_\_\_\_  
подпись\_\_\_\_\_  
ФИО

Служебные отметки:

Чистякова Е.Г.ФИО сотрудника,  
получившего согласие\_\_\_\_\_  
подпись\_\_\_\_\_  
дата