

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)

аспирантуру да, нет в _____ году по специальности _____

(нужное подчеркнуть)

Ученая степень, звание _____

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 _____ 2017 г.

Подпись слушателя _____

Сотрудник
Отдела ВО и ДПО

подпись

Чистякова Е.Г. 20_17_ 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 «Национальный научно-практический 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 Отдела ВО и ДПО,
получившего согласие

подпись

дата