

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
Институт профессионального образования

Карточка слушателя

Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы
Программа профессиональной переподготовки/повышения квалификации Управление сестринской деятельностью

Сроки проведения обучения 25 февраля 2019 г. – 25 марта 2019 г.

Фамилия, Имя, Отчество слушателя Иванова Светлана Михайловна

Дата рождения 02.03.1974

Паспортные данные: серия 2201 № 220422 кем выдан Отделом внутренних дел Скопинского района Рязанской области дата выдачи 24.01.2010

Сведения о высшем/среднем образовании: окончил (а) в 2009 году ГОУ ВПО ММА им.И.М.Сеченова Росздрава
(наименование ВУЗа, факультета)

Диплом: серия ВСА номер 5533555 дата выдачи 30.06.2009

Специальность по диплому Сестринское дело

Сведения о послевузовском образовании:

окончил(а) интернатуру да, нет в 2010 году по специальности Управление сестринской деятельностью
(нужное подчеркнуть)

ординатуру да, нет в _____ году по специальности _____
(нужное подчеркнуть)

аспирантуру да, нет в _____ году по специальности _____
(нужное подчеркнуть)

Ученая степень, звание _____

Сведения о прохождении профессиональной переподготовки _____

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

Диплом: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ специальность _____

Сведения о повышении квалификации «Управление сестринской деятельностью» 2015 г. ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(укажите название программы повышения квалификации, год и место прохождения)

Свидетельство (удостоверение) о повышении квалификации: рег. номер 0000431

Сертификат специалиста: серия 087704 номер 0006066 рег. номер 0000170 специальность Управление сестринской деятельностью

Место работы (название медицинской организации, министерства или ведомства по подчиненности, структурного подразделения) ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес, телефон, адрес электронной почты 115280, г. Москва, ул. Велозаводская, д. 1/1, тел. 495-600-50-50, gkb13@gkb13.ru

Занимаемая должность и стаж работы в ней главная медицинская сестра, 5 лет

Адрес проживания:

Индекс, адрес и телефон 115405 г. Москва ул. Народного ополчения д. 15, корп.2, кв. 112, (916) 777-88-99

Адрес электронной почты 7778800@mail.ru

Дата прибытия на обучение 25 февраля 2019 г.

Подпись слушателя _____

Сотрудник

Института профессионального образования _____ 2019 г.

подпись И.О.Фамилия

Куратор программы _____ 2019 г.

подпись И.О.Фамилия

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ,
ТРЕБУЮЩИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
Институт профессионального образования

Карточка слушателя

Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы
Программа профессиональной переподготовки/повышения квалификации Медицинский массаж
Сроки проведения обучения 15 апреля 2019 г. – 19 апреля 2019 г.
Фамилия, Имя, Отчество слушателя Иванова Светлана Михайловна
Дата рождения 02.03.1974
Паспортные данные: серия 2201 № 220422 кем выдан Отделом внутренних дел Скопинского района Рязанской области дата выдачи 24.01.2010
Сведения о высшем/среднем образовании: окончил (а) в 1994 году Муромское медицинское училище
(наименование ВУЗа, факультета)
Диплом: серия СТ номер 553355 дата выдачи 02.03.1994
Специальность по диплому Сестринское дело
Сведения о послевузовском 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 _____
Сведения о прохождении профессиональной переподготовки «Медицинский массаж» 2009 г. ГБОУ СПО города Москвы «Медицинское училище № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»
(укажите название программы профессиональной переподготовки, год и место прохождения)
Диплом: серия 7819 номер 00007782 дата выдачи 30.04.2009 специальность Медицинский массаж
Сведения о повышении квалификации «Медицинский массаж» 2014 г. ГБОУ СПО города Москвы «Медицинское училище № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»
(укажите название программы повышения квалификации, год и место прохождения)
Свидетельство (удостоверение) о повышении квалификации: рег. номер 0000431
Сертификат специалиста: серия 087704 номер 0006066 рег. номер 0000170 специальность Медицинский массаж
Место работы (название медицинской организации, министерства или ведомства по подчиненности, структурного подразделения) ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», физиотерапевтическое отделение
Адрес, телефон, адрес электронной почты 115280, г. Москва, ул. Велозаводская, д. 1/1, тел. 495-600-50-50, gkb13@gkb13.ru
Занимаемая должность и стаж работы в ней медицинская сестра по массажу, 3 года
Адрес проживания:
Индекс, адрес и телефон 115405 г. Москва ул. Народного ополчения д. 15, корп.2, кв. 112, (916) 777-88-99
Адрес электронной почты 7778800@mail.ru
Дата прибытия на обучение 15 апреля 2019 г.

Подпись слушателя _____

Сотрудник
Института профессионального образования _____ 2019 г.

Куратор программы _____ 2019 г.
подпись И.О.Фамилия
подпись И.О.Фамилия

**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СО СРЕДНИМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ, НЕ
ТРЕБУЮЩИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)
Институт профессионального образования

Карточка слушателя

Кафедра управления сестринской деятельностью и социальной работы
Программа профессиональной переподготовки/повышения квалификации Сестринское дело в терапии
Сроки проведения обучения 15 апреля 2019 г. – 19 апреля 2019 г.
Фамилия, Имя, Отчество слушателя Иванова Светлана Михайловна
Дата рождения 02.03.1974
Паспортные данные: серия 2201 № 220422 кем выдан Отделом внутренних дел Скопинского района Рязанской области дата выдачи 24.01.2010
Сведения о высшем/среднем образовании: окончил (а) в 1994 году Муромское медицинское училище
(наименование ВУЗа, факультета)

Диплом: серия СТ номер 553355 дата выдачи 02.03.1994

Специальность по диплому Сестринское дело

Сведения о послевузовском 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 _____

Сведения о прохождении профессиональной переподготовки _____

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

Диплом: серия _____ номер _____ дата выдачи _____ специальность _____

Сведения о повышении квалификации «Сестринское дело в терапии» 2014 г. ГБОУ СПО города Москвы «Медицинское училище № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»

(укажите название программы повышения квалификации, год и место прохождения)

Свидетельство (удостоверение) о повышении квалификации: рег. номер 0000431

Сертификат специалиста: серия 087704 номер 0006066 рег. номер 0000170 специальность Сестринское дело

Место работы (название медицинской организации, министерства или ведомства по подчиненности, структурного подразделения) ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», терапевтическое отделение

Адрес, телефон, адрес электронной почты 115280, г. Москва, ул. Велозаводская, д. 1/1, тел. 495-600-50-50, gkb13@gkb13.ru

Занимаемая должность и стаж работы в ней медицинская сестра процедурной, 13 лет

Адрес проживания:

Индекс, адрес и телефон 115405 г. Москва ул. Народного ополчения д. 15, корп.2, кв. 112, (916) 777-88-99

Адрес электронной почты 7778800@mail.ru

Дата прибытия на обучение 15 апреля 2019 г.

Подпись слушателя _____

Сотрудник

Института профессионального образования _____ 2019 г.

подпись

И.О.Фамилия

Куратор программы _____ 2019 г.

подпись

И.О.Фамилия