

ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ

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 Инфекционная безопасность и инфекционный контроль в медицинских организациях

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» 2017 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

Согласие на обработку персональных данных

Я, Иванова Светлана Михайловна, паспорт серия 2201 номер 220422, кем и когда выдан Отделом внутренних дел Скопинского района Рязанской области 24.01.2010, код подразделения 383-015, проживающий по адресу: 115405 г. Москва ул. Народного ополчения д. 15, корп.2, кв. 112, согласен(а) на обработку предоставленных мной в процессе обучения в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (далее – Университет) 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 Университета 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.

15 апреля 2019 г.

дата

_____ С.М. Иванова
подпись *И.О.Фамилия*

Служебные отметки:

_____ *Фамилия И.О. сотрудника Института профессионального образования, получившего согласие*

_____ *подпись* _____ *дата*