

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ИНСТИТУТ СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

1. Кафедра \_\_\_\_\_

2. Цикл \_\_\_\_\_

Общее количество часов \_\_\_\_\_

Основные дисциплины программы:

Наименование дисциплины	Количество часов

3. Сроки проведения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ с применением дистанционных технологий \_\_\_\_\_

4. Ф.И.О. слушателя \_\_\_\_\_

5. Дата, год рождения \_\_\_\_\_

6. Наименование учебного заведения, которое закончил \_\_\_\_\_

7. Факультет (отделение) \_\_\_\_\_

8. Диплом № \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

9. Врачебная или другая специальность \_\_\_\_\_

10. Общий стаж работы \_\_\_\_\_ Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

11. Должность в настоящее время \_\_\_\_\_

12. Место основной работы (учреждение, адрес) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ раб. тел. (с кодом) \_\_\_\_\_

13. Адрес постоянного места жительства (с указанием почтового индекса) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дом. тел. (с кодом) \_\_\_\_\_

14. Адрес общежития или другого места жительства в г. Самаре \_\_\_\_\_

15. Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_

когда и где прописан \_\_\_\_\_

16. Послевузовское и дополнительное профессиональное образование:

Вид обучения	Наименование цикла (специальности)	Год прохождения	Место прохождения
Интернатура			
Клиническая ординатура			
Аспирантура			
Профессиональная переподготовка (от 4 мес.)			
Тематическое усовершенствование (от 72 до 500 часов)			
Тематическое усовершенствование от 72 до 500 часов			
Тематическое > совершенствование (от 72 до 500 часов )			
Тематическое усовершенствование (от 72 до 500 часов)			
Тематическое усовершенствование (от 72 до 500 часов)			

17. Квалификационная категория:

Специальность \_\_\_\_\_ вид категории \_\_\_\_\_ год присвоения \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_ вид категории \_\_\_\_\_ год присвоения \_\_\_\_\_

18. Ученая степень \_\_\_\_\_

19. Ученое звание \_\_\_\_\_

20. Почетное звание \_\_\_\_\_

21. Мои персональные данные, указанные в карточке слушателя, верны. Даю свое согласие на обработку моих персональных данных ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России (443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89), с целью формирования личного дела, в том числе в Федеральном регистре медицинских работников, а именно: получение персональных данных, хранение персональных данных на электронных и на бумажных носителях, передача персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Личная подпись \_\_\_\_\_

Дата прибытия в университет \_\_\_\_\_