

## ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Отчество (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ (день, месяц, год)

2. E-mail: \_\_\_\_\_ Номер моб. тел. \_\_\_\_\_

3. Название ДПП \_\_\_\_\_

(указать наименование цикла, специальность)

4. Дата начала обучения \_\_\_\_\_ Дата окончания обучения \_\_\_\_\_

5. Формат обучения (нужное выбрать):

☐ в рамках реализации непрерывного медицинского образования (НМО)

☐ традиционное обучение

6. Форма освоения ДПП \_\_\_\_\_

(очная, очно-заочная, заочная)

7. Номер СНИЛС \_\_\_\_\_

8. Паспорт серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)

9. Адрес места  
регистрации \_\_\_\_\_

(по документу, удостоверяющему личность)

10. Адрес места  
жительства \_\_\_\_\_

(индекс, страна, регион, населенный пункт, улица, дом, квартира)

11. Документ об образовании: \_\_\_\_\_

(наименование образовательной организации (ВО/СПО) и год его окончания)

диплом \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

(серия, номер)

12. Место работы \_\_\_\_\_

(индекс, адрес, наименование учреждения, номер телефона с кодом города)

13. Должность на момент заполнения \_\_\_\_\_

(с указанием специальности)

14. Общий врачебный стаж \_\_\_\_\_ 14. Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

15. Послевузовское образование \_\_\_\_\_

(вид документа, специальность – интернатура/ординатура/аспирантура, месяц и год окончания)

16. Профессиональная переподготовка (последние данные) \_\_\_\_\_

(документ об окончании с указанием серий и номера, специальности, кол-во часов, наименование образовательного учреждения)

17. Повышение квалификации (последние данные) \_\_\_\_\_

(наименование цикла, специальность, дата начала, дата окончания, кол-во часов, наименование образовательного учреждения)

Подпись \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)