Директору ГАУДПО

«Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б.Блохина»

С.Л. Леонтьеву

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО в родительном падеже)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, место работы в родительном падеже)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу зачислить меня на курс профессиональной переподготовки по программе **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (общая продолжительность курса **\_\_\_\_\_\_\_** часа) в период c \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

К заявлению прилагаю:

- заявление о зачислении на курс

- согласие на обработку персональных данных

- согласие на передачу персональных данных

- копия СНИЛС

- копия трудовой книжки, заверенная кадровой службой медицинского учреждения

- копия диплома о высшем медицинском образовании

- копия диплома об окончании ординатуры/интернатуры по специальности (для обучающихся на курсе профессиональной переподготовки)

– копия свидетельства об изменении фамилии, имени, отчества (при необходимости)

С правилами приема в Институт, Уставом Института, правилами внутреннего распорядка обучающихся, лицензией на право ведения образовательной деятельности по программам дополнительного профессионального образования ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.