

**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
Камчатского края «Камчатский медицинский колледж»  
Отделение дополнительного профессионального образования и профессионального обучения**

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

1. Наименование программы СПП \_\_\_\_\_

2. Срок обучения с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество (по паспорту, печатными буквами) \_\_\_\_\_

4. Фамилия, имя, отчество в дательном падеже \_\_\_\_\_

5. Дата рождения \_\_\_\_\_ полных лет \_\_\_\_\_

6. Телефон (сотовый) \_\_\_\_\_

7. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

8. Гражданство \_\_\_\_\_

9. Наименование учебного учреждения, которое окончил(а) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ году

10. Специальность по диплому (СПО) \_\_\_\_\_

11. Диплом: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

12. Место работы \_\_\_\_\_

13. Занимаемая должность \_\_\_\_\_

14. Общий медицинский стаж \_\_\_\_\_ лет временно не работаю \_\_\_\_\_ лет

15. Стаж работы по специальности в дипломе \_\_\_\_\_ Стаж работы в послед. долж. \_\_\_\_\_

16. Наличие сертификата или аккредитации (подчеркнуть):

специальность \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_

17. СНИЛС \_\_\_\_\_

18. e-mail \_\_\_\_\_

Достоверность и правильность предоставляемых сведений подтверждаю.

\_\_\_\_\_  
(подпись)