

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Камчатского края «Камчатский медицинский колледж»

Отделение дополнительного профессионального образования и профессионального обучения

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

1. Наименование программы ПК _____
2. Срок обучения с _____ по _____
3. Фамилия, имя, отчество (по паспорту, печатными буквами) _____
4. Фамилия, имя, отчество в датском 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. Год прохождения последнего повышения квалификации _____
18. Год прохождения профессиональной переподготовки _____
19. СНИЛС _____
20. e-mail _____

Достоверность и правильность предоставляемых сведений подтверждаю.

(подпись)