

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

КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ

1. Кафедра _____

2. Цикл _____

Общее количество часов _____

Основные дисциплины программы:

Наименование дисциплины	Количество часов

3. Сроки проведения: (заочная часть) _____

(очная часть) _____

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 усовершенствование (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 ГБОУ ВПО 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 _____