Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования

**"Медицинская дистанционная академия"**

**Регистрационный №**

**Анкета слушателя**

Наименование образовательной программы: дополнительная профессиональная программа по специальности

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

Дата начала обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

Дата завершения обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | ФИО, гражданство |  |
| 2. | Дата рождения |  |
| 3. | Паспорт (серия, номер, когда и кем выдан, код подразделения |  |
| 4. | Контактные телефоны (сотовый, домашний) |  |
| 5. | Адрес (для получения оригиналов документов) |  |
| 6. | Место работы с указанием населенного пункта |  |
| 7. | Должность |  |
| 8. | Стаж работы в указанной должности |  |
| 9. | Стаж работы по специальности, указанный в сертификате специалиста |  |
| 10. | Фармацевтический или медицинский стаж |  |
| 11. | Наименование учебной организации, выдавшей диплом о профессиональном образовании |  |
| 12. | Диплом (серия, номер, регистрационный номер, дата выдачи) |  |
| 13. | Диплом выдан (по специальности, присвоена квалификация) |  |
| 14. | Какой организацией выдан предшествующий сертификат (номер, дата выдачи) |  |

Достоверность представленных данных подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)

Дата заполнения "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.