

Приложение №2

к Приказу №5 от 22 мая 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Ректор АНО ДПО

«Медицинская дистанционная академия»,

А.В. Будкина



Образцы бланков документов слушателя, обучающегося по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации и переподготовки в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Медицинская дистанционная академия».

1. Образец бланка «Анкета слушателя».
2. Образец бланка «Заявление о зачислении и согласие на обработку персональных данных».
3. Образец бланка «Заявление на отправку документов по почте».
4. Образец бланка «Отчет о прохождении стажировки».

"Медицинская дистанционная академия"

Регистрационный №

Анкета слушателя

Наименование образовательной программы: дополнительная профессиональная программа по специальности « _____ »

Дата начала обучения: _____ г.

Дата завершения обучения: _____ г.

1.	Ф.И.О. , 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 _____ (Ф.И.О., подпись)

Дата заполнения " ____ " _____ г.

Ректору
автономной некоммерческой организации
дополнительного профессионального
образования
"Медицинская дистанционная академия"

630060, г. Новосибирск, Зеленая горка 1/16,
АНО ДПО "Медицинская дистанционная
академия "

ФИО:
Место работы:
Занимаемая должность:
Контактный телефон(ы):
Адрес проживания (для переписки):
Электронный адрес:

Заявление

Прошу зачислить меня в автономную некоммерческую организацию дополнительного профессионального образования "Медицинская дистанционная академия" в качестве слушателя по дополнительной образовательной программе повышения квалификации « _____ » в объеме _____ часа с _____ г. по _____ г.

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере дополнительного профессионального образования серия 54 ЛО1 №0003778 рег. № 10282 от 3 мая 2017 г., выданной Министерством образования и науки Новосибирской области, и приложением к ней, Уставом АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия», правилами приема и отчисления, условиями оплаты и иными локальными актами, регулирующими образовательную деятельность в АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия», ознакомлен(а).

« ____ » _____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка)

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (Ф.И.О., дата и место рождения, адрес места проживания, паспортные данные, информацию о гражданстве и об образовании, e-mail и номер телефона), а именно – совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем заявлении, с целью осуществления обучения, обеспечения охраны здоровья и создания благоприятных условий для развития личности, информационного обеспечения управления учреждением.

Подтверждаю, что действую свободно, по своей воле, с Положением о персональных данных АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия» ознакомлен(а). Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

« ____ » _____ г. _____ / _____ /
(дата) (подпись) (расшифровка)

Ректору автономной некоммерческой организации
дополнительного профессионального образования
"Медицинская дистанционная академия"

630060, г. Новосибирск, Зеленая горка 1/16,
АНО ДПО "Медицинская дистанционная академия "

ФИО:

Место работы:

Занимаемая должность:

Контактный телефон(ы):

Адрес проживания (для переписки):

Электронный адрес:

Заявление на отправление документов по почте

Прошу выслать сертификат и удостоверение по почте заказным письмом с уведомлением о вручении на имя

(или на адрес

юр.лица) _____

Ф.И.О, данные паспорта _____

по адресу _____

почтовый адрес, индекс

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

"Медицинская дистанционная академия"

УТВЕРЖДАЮ

Ректор

_____ г.

**ОТЧЕТ
О ПРОХОЖДЕНИИ СТАЖИРОВКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**

_____ проходящий(ая) обучение по программе: дополнительная профессиональная программа по специальности « _____ »

прошел(а) стажировку на базе _____

наименование фармацевтической или медицинской организации и адрес

Сроки прохождения стажировки: с _____ г. по _____ г.

За время прохождения стажировки специалист освоил следующие профессиональные компетенции:

Наименование компетенции	Степень освоения (ненужное зачеркнуть)
планирования и управления фармацевтическими предприятиями и организациями на всех этапах их деятельности	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью принимать участие в обеспечении эффективной и добросовестной конкуренции на рынке фармацевтических товаров и услуг	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью к документальному проведению предметно-количественного учета основных групп лекарственных средств	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью к подбору, расстановке кадров и управлению работниками фармацевтических предприятий и организаций, осуществлению эффективной кадровой политики с использованием мотивационных установок и соблюдением норм трудового права	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью организовать работу аптеки по отпуску лекарственных средств и других фармацевтических товаров населению и медицинским организациям	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью осуществлять административное делопроизводство в аптеках, выполнять задачи по информационному обеспечению фармацевтической деятельности	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью к обеспечению процесса хранения лекарственных средств и других фармацевтических товаров с учетом требований нормативной документации и принципов складской логистики	(освоил/не освоил)
Общая оценка освоения обучающимся практических навыков*:	(зачет/незачет)

Руководитель стажировки от фармацевтической или медицинской организации _____

подпись

(_____)

Фамилия Имя Отчество

М.П.

Примечание: *общая оценка освоения обучающимся практических навыков «зачет» проставляется при освоении им всех профессиональных компетенций.