

Приложение №2

к Приказу №6 от 24 мая 2017 г.

УТВЕРЖДАЮ

Ректор АНО ДПО

А.В. Будкина



**Образцы бланков документов слушателя, проходящего сертификационный экзамен 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 отправление документов по почте».
4. Образец бланка «Отчет о прохождении стажировки».
5. Образец бланка к допуск «Заявление на сдачу сертификационного экзамена».

Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования

"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)
<b>Общая оценка освоения обучающимся практических навыков*:</b>	<b>(зачет/незачет)</b>

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.

Председателю экзаменационной комиссии  
по проведению сертификационного  
экзамена по специальности

« \_\_\_\_\_ »  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., дата рождения, адрес)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к сдаче сертификационного экзамена по специальности  
« \_\_\_\_\_ ».

Прилагаю заверенные копии следующих документов:

1. документа удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. документа государственного образца о медицинском или фармацевтическом образовании: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. документа о послевузовском профессиональном образовании (интернатура, ординатура):  
\_\_\_\_\_
4. документа государственного образца о профессиональной переподготовке (в случае получения новой специальности по результатам прохождения профессиональной переподготовки) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. прежнего сертификата специалиста, документа государственного образца о повышении квалификации или документа о послевузовском профессиональном образовании (аспирантура, докторантура) по соответствующей специальности (в случае получения сертификата повторно) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. документов, подтверждающих отсутствие перерыва работы по своей специальности свыше пяти лет на момент подачи Заявления (пункт 3 части 1 статьи 100 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации") \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. дополнительных документов (при необходимости) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись

/\_\_\_\_\_/  
Расшифровка

В экзаменационную квалификационную комиссию

АНО ДПО «Медицинская дистанционная академия»

От \_\_\_\_\_  
(фамилия)

\_\_\_\_\_ (имя, отчество)

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к сдаче квалификационного экзамена на получение сертификата специалиста по специальности

\_\_\_\_\_

Прошел (прошла) обучение в соответствии с программой профессионального образования

(наименование учреждения, год, сроки обучения)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_