|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\kvd2\Desktop\симуляц центр\ЭМБЛЕМА ЦПК.jpg | Центр профессиональных компетенций  Государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан имени профессора А.Г. Ге» |

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

по программе дополнительного профессионального образования

повышения квалификации

(название цикла)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Отчество | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1. Пол *(подчеркнуть)* | | | | | | | | | | мужской | | | | | | женский | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Гражданство | | | | | |  | | | | | | | | | | 3. СНИЛС № | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 4. Дата рождения | | | | | |  | | | | | | | | | | место рождения | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Паспорт: | | | | серия | | | |  | | | | | | номер | | | |  | | | | | | дата выдачи | | | | | | |  | | | |
| кем выдан: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Почтовый адрес *(для направления документов)*: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Контактный телефон: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | e-mail: | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Документ об образовании** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Образование: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование учебного заведения: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диплом серия | | | | |  | | | | | | | | номер | | | |  | | | | | | | | | | дата выдачи | | | | |  | | |
| Специальность: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Квалификация: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| « \_\_\_» |  | | | | | | | | | | 20\_\_\_ г. | | | | Личная подпись | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(подпись)* | | | | |