|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\kvd2\Desktop\симуляц центр\ЭМБЛЕМА ЦПК.jpg | Центр профессиональных компетенцийГосударственного 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)* |