

**Первому проректору по учебно-воспитательной работе Частного учреждения
образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»
От гр.**

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Гражданство _____ Паспортные данные: серия _____ номер _____ Когда и кем выдан: _____ г. _____ _____
--	---

Адрес места регистрации: _____
(индекс, адрес постоянной прописки)

Адрес места проживания: _____
(если не соответствует адресу места регистрации)

СНИЛС _____

Телефон: _____ E-mail _____
(домашний) (сотовый) (рабочий)

Окончившего(ей) _____
(Год окончания, наименование учебного заведения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по программе **повышения квалификации**
Кольпоскопия с диагностикой патологии шейки матки
по специальности **Акушерство и гинекология**

Выполняемая работа _____
(наименование, адрес предприятия, должность)

Общий трудовой стаж к моменту поступления в данное высшее учебное заведение _____

Стаж работы по данной специальности (в данной должности) к моменту поступления в данное высшее учебное заведение _____

«О деятельности и преимуществах обучения в Медицинском университете «Реавиз» мне стало известно:

- по радио; - из газеты (журнала);
 - из телевидения - иным способом;
 - от знакомых: _____

(Укажите Ф.И.О. лица порекомендовавшего Вам Медицинский университет «Реавиз»)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами внутреннего распорядка, правилами приема, образовательной программой, моими правами и обязанностями, условиями договора платных образовательных услуг Медицинского университета «Реавиз», ознакомлен(а), согласен (а):

Подпись поступающего _____

В порядке, установленном Федеральным Законом от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, на срок: до и во время моего обучения:

Подпись поступающего _____

" ____ " _____ 20__ г.