

Оформляется на бланке организации или от физического лица

Ректору ФГБОУ ВО УГМУ  
Минздрава России  
д.м.н., профессору, член-корр. РАН  
Ковтун О.П.

### Заявка

Прошу разрешить обучение на кафедре общественного здоровья и здравоохранения на курсе повышения квалификации/ профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» на                      **цикле**                      **часа**,  
*в срок с*                      -                      **г.**

                     **Фамилия**                      **Имя**                      **Отчество**                      *(полностью)*

                     **Должность**                      *и*                      **место**                      **работы**  
*(полностью)*

                     **Дата рождения (ЧЧ.ММ.ГГГГ):**                     

                     **Наименование ВУЗа, которое окончил врач, факультет, год окончания:**

                     **Специальность после интернатуры/ординатуры и год окончания:**

                     **Стаж работы общий врачебный:**                     

                     **Стаж работы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (к нему относится работа в должностях руководителя, заместителя руководителя, зав. оргметодотделом, врача-методиста):**                     

                     **Наличие профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»: да/нет, год**                     

                     **Наличие сертификата по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»: да/нет, год**                     

                     **Наименование учреждения-плательщика (для оформления договора):**

                     **Обучался ли врач на кафедре общественного здоровья и здравоохранения УГМУ ранее: да/нет**

                     **Телефон врача (рабочий, сотовый):**                     

                     **Личная электронная почта слушателя (обязательно! требуется для предоставления дистанционного доступа)**                     

                     **ФИО и телефон контактного лица (рабочий, сотовый):**                     

                     **Дата**

                     **Печать и подпись руководителя направившего учреждения**