

**ООО «МЕДИКОС»**

**АНКЕТА СЛУШАТЕЛЯ**

Цикл: «Реанимация новорожденных и интенсивная терапия в неонатологии»

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Сотовый телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

1. Год окончания института \_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_

Диплом: Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

2. Последипломное образование:

|                        | Год окончания | Специальность |
|------------------------|---------------|---------------|
| Интернатура            |               |               |
| Клиническая ординатура |               |               |
| Аспирантура            |               |               |

3. Пройденные циклы усовершенствования (за последние пять лет):

| Название цикла | Длительность цикла<br>(дней или недель) | Дата окончания<br>цикла (месяц, год) | Учебное заведение |
|----------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
|                |                                         |                                      |                   |
|                |                                         |                                      |                   |
|                |                                         |                                      |                   |

4. Ученая степень: ДОКТОР, КАНДИДАТ, БЕЗ СТЕПЕНИ.

5. Квалификационная категория: ВЫСШАЯ, ПЕРВАЯ, ВТОРАЯ, НЕТ КАТЕГОРИИ.  
по специальности \_\_\_\_\_

6. Специальность (должность) по трудовой книжке \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Стаж работы по этой специальности (месяц и год начала работы) \_\_\_\_\_

7. По какой специальности предполагается получение сертификата или подтверждение  
сертификата, выданного " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

8. С обработкой персональных данных, указанных в анкете согласен \_\_\_\_\_ (подпись).

Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_