

**Проректору по послевузовскому образованию  
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России  
Клюковкину К.С.**

**от**

\_\_\_\_\_ (фамилия имя отчество)

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (место работы)

**Е-mail (личный):**

**Моб. телефон (личный):**

**Дата рождения:**

**Гражданство:**

**СНИЛС:**

**Диплом ВУЗа:**

\_\_\_\_\_ (специальность, год окончания)

**Интернатура:**

\_\_\_\_\_ (специальность, год окончания)

**Ординатура:**

\_\_\_\_\_ (специальность, год окончания)

**Заявление**

Прошу принять меня на обучение по дополнительной образовательной программе  
**профессиональной переподготовки по специальности:** \_\_\_\_\_

на кафедре: \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(дата начала обучения) (дата окончания обучения)

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Осведомлен, что для прохождения процедуры аккредитации портфолио подаётся мною лично в ФАЦ (федеральный аккредитационный центр).

Даю свое согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_ (подпись слушателя)