



Заявка на обучение

NMO-0084045-2016

по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации
"Хирургия сочетанных повреждений"

включенной в индивидуальный пятилетний цикл обучения по специальности
"Хирургия"

объемом 144.0 академических часов

реализуемой организацией:

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России**

с 14.02.2017 по 07.03.2017

основа обучения: бюджетная

форма обучения: с частичным отрывом от работы

Заявленный слушатель:

ФИО: **Иванов Иван Иванович**

Должность: **врач-хирург**

Организация, командирующая специалиста на обучение:

Название: **ГБУЗ ЦГКБ гКалининград ул Летняя3**

Адрес: **Калининградская обл, г Калининград Южный б-р 40-13 236000**

Направление специалиста на обучение подтверждаю.

Руководитель организации

/ _____ /

Подпись

М.П.

Индивидуальный пятилетний цикл обучения по специальности
Не подтвержден

Примечание для специалиста:

1. Документ заверяется у работодателя.
2. Документ предоставляется в образовательную организацию вместе с полным комплектом документов для зачисления в соответствии с ее локальными нормативными актами.

Подписать у руководителя, поставить синюю, оригинальную, гербовую печать. Эта же печать ставится на всех остальных документах и совпадает с местом работы.

Дата выдачи: 10.02.2017