Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Сибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ПРОГРАММАМ**

**ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ / ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Гражданство** |  |
| **Вид документа, удостоверяющего личность** | **Паспорт гражданина Российской Федерации**  **Иной документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Данные документа, удостоверяющего личность** | **серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.**  **кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Адрес (по прописке)** |  |
| **Номер СНИЛС** |  |
| **Контактный телефон** |  |
| **Е-mail** |  |
| **Какой вуз окончил** |  |
| **Факультет** |  |
| **Интернатура по специальности** |  |
| **Ординатура по специальности** |  |
| **Аккредитация по специальности** |  |
| **Место работы** | **Наименование организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Место нахождения (наименование населенного пункта):** |
| **Должность, специальность** |  |
| **На какой учебный цикл прибыл** | **Название: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата начала цикла «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.**  **Дата окончания цикла «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.** |

Условия предоставления образовательных услуг по повышению квалификации и профессиональной переподготовки, реализуемых с применением дистанционных образовательных технологий:

1. Качественный доступ обучающихся независимо от их места нахождения к информационно-телекоммуникационной сети Интернет со скоростью не менее 1,3 Мбит/с в режиме 24 часа в сутки 7 дней в неделю при обеспечении совокупной доступности услуг не менее 99,5% в месяц.

2. Наличие необходимого оборудования для обучения с использованием дистанционных образовательных технологий по дисциплине:

- персональный компьютер (ноутбук);

- компьютерная периферия (аудиоколонки и/или динамики (наушники)).

Обязуюсь не передавать персональные данные, предоставленные мне для входа в электронную систему обучения (логин, пароль), третьим лицам.

***Подписывая, подтверждаю наличие требуемого оборудования, владения основными навыками работы на компьютере и в сети Интернет и согласие с перечисленными условиями обучения.***

***Ознакомлена (ознакомлен) с правилами приема, лицензией на ведение образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. Согласна (согласен) на обработку моих персональных данных для зачисления на программы повышения квалификации или профессиональной переподготовки:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись Ф.И.О. полностью*