Председателю диссертационного совета

21.2.068.01 при ФГБОУ ВО

СибГМУ Минздрава России

д-ру мед. наук, профессору

Уразовой О.И.

**СОГЛАСИЕ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*учёная степень*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*учёное звание*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*место работы (учреждение, ведомство, структурное подразделение, должность)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*адрес организации (с указанием индекса)*

*телефон, официальный сайт, e-mail*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; моб. тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ научного руководителя /консультанта*

# согласен принять участие в работе диссертационного совета 21.2.068.01 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в качестве научного руководителя диссертационной работы Соловьёвой Елены Викторовны на тему «Окулофарингеальная миодистрофия и вариабельность», представленной к защите на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 3.3.3. «Патологическая физиология».

Согласен(-на) на сбор, обработку, хранение и передачу моих персональных данных.

Приложение: сведения о научном руководителе /консультанте на 1 л.

\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

Приложение

к согласию научного руководителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Сведения о научном руководителе**

по диссертации Соловьёвой Елены Викторовны

«Окулофарингеальная миодистрофия и вариабельность»

на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.3.3. «Патологическая физиология».

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, Имя, Отчество | Иванова Ирина Ивановна |
| Год рождения; гражданство | 1970;РФ |
| Учёная степень  (с указанием шифра специальности, по которой защищена диссертация) | доктор медицинских наук  (3.3.3.) |
| Учёное звание | профессор |
| **Основное место работы** | |
| Почтовый индекс, адрес, телефон, электронная почта, официальный сайт | 634050; г. Томск, Московский тракт, д. 2,  Телефон (3822) 53 04 23;  Факс (3822) 53 33 09  <http://www.ssmu.ru>  e-mail: [office@ssmu.ru](mailto:office@ssmu.ru) |
| Полное наименование организации | Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России) |
| Наименование структурного подразделения | Кафедра патологической физиологии |
| Должность | Профессор |
| **Список основных публикаций в рецензируемых научных изданиях**  **за последние 5 лет:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Комов И.В., Иванов В.В., Федорова Т.С., Шарапов В.И., Юзенас Т.П. /Влияние различных концентраций ионов железа на липолиз и перекисное окисление липидов в жировой ткани крыс //Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII. - № 3. – С. 148-150. |
| 2 |  |
| 3 |  |

Научный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.И. Иванова

Проректор по научной работе

и последипломной подготовке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.С. Федорова