Директору Российской Академии «МЕДДПО»

Е.А. Романенковой

от Ивановой Ксении Сергеевны

ЗАЯВЛЕНИЕ - АНКЕТА

Прошу включить меня в число слушателей по программе *профессиональной переподготовки по специальности* ***«Терапия» (576 часа)***

# Контактная информация:

ФИО: Иванова Ксения Сергеевна Дата рождения 05.10.1969 г. Гражданство: РФ

ИНН 000000000000 СНИЛС 000-000-000 00

Паспорт: *серия* 0000 *№* 000000 выдан отделом УФМС России по Челябинской области в Курчатовском р-не г. Челябинска 01.11.2018

Адрес регистрации: 454000, г. Челябинск, ул. Овчинникова, д., кв.

Почтовый адрес: 454000, г. Челябинск, ул. Овчинникова, д., кв.

Телефон: +7 (999) 999-999-99 E-mail: qwerty@mail.ru

Образование высшее Диплом выдан Челябинским Государственным медицинским институтом

Диплом серия ШВ – I № 000000 Рег. Номер 000 Дата выдачи 29.06.1993

Диплом выдан по специальности лечебное дело

Интернатура от 21.06.1994, прик № 00-л Специальность врач общей практики

Место работы: медицинский центр «Ромашка» г. Челябинск

Должность: врач ЛФК и спортивной медицины Стаж работы общий 24 г., по специальности – 5 лет

Подлинность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Подпись*

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, Иванова Ксения Сергеевна

*(ФИО полностью)*

Паспорт: серия 0000 № 000000 выдан отделом УФМС России по Челябинской области в Курчатовском р-не г. Челябинска 01.11.2018

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 26.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» выражаю согласие образовательной организации и уполномоченным ей лицам на обработку и хранение своих персональных данных (на бумажных и электронных носителях) в целях исполнения условий договора.

Указанное согласие может быть отозвано личным заявлением о прекращении обработки персональных данных.

# Дата заполнения «08» сентября 2020 г. V\_\_\_\_\_\_ / Иванова К.С.

подпись