

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ
Институт дополнительного профессионального образования

АНКЕТА

Наименование цикла _____

1. Ф.И.О. _____

2. Дата рождения _____

3. Место работы, занимаемая должность _____

4. Оконченное учебное учреждение, год окончания _____

5. Серия диплома _____ Номер диплома _____

6. Специальность в настоящее время _____

7. Общий врачебный стаж _____

8. Стаж работы по специальности _____

9. Домашний адрес _____

10. Контактный телефон _____

11. СНИЛС _____

12. Электронная почта _____

Дата _____

Подпись _____

В соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных» я

Ф.И.О. _____

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

Кем, когда

выражаю ФГБОУ ВО СтГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации согласие на обработку, систематизацию, хранение, использование моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, с использованием средств автоматизации в целях анализа подготовки медицинских кадров в течение 5 лет после окончания обучения.