ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

 **«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ**

**ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ГЕМАТОЛОГИИ»**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России)

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

КАРТОЧКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

|  |  |
| --- | --- |
| **Цикл** |  |
|  |
|  |
| Сроки проведения | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. |
| **Путевка** | бюджетная/внебюджетная |
| *Заполнять печатными буквами* |
| **Фамилия** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Имя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Отчество**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Пол** |  |  |
| **Год рождения** |  |  |
| **Гражданство**  |  |  |
| **Полное наименование ВУЗа, который окончил обучающийся** |
|  |
|  |
|  |
| Факультет |  |
| Диплом | серия |  | № |  | Год окончания |  |
|  |
| **Прохождение интернатуры:** | специальность |  |
|  | год окончания |  |
| **Прохождение ординатруы:** | специальность |  |
|  | год окончания |  |
| **Аспирантура:** | специальность |  |
|  | год окончания |  |
| **Профессиональная переподготовка:** | специальность |  |
|  | год окончания |  |
| **Сертификат специалиста получен** | ДА/НЕТ | год получения |  |
| по специальности |  |
| стаж работы по специальности |  |
| **Занимаемая должность в настоящее время**  |  |
|  |
| **Место работы:** | Федеральный округ |  |
| Республика (край, область) |  |
| Город |  |
| **Наименование учреждения** |  |
|  |
|  |
| **Принадлежность учреждения:** | Государственная/Негосударственная |
| **Адрес** |  |
|  |
| Телефон |  |
| Электронный адрес |  |
|  |
| **Адрес постоянного места жительства** |
| Федеральный округ |  |
| Республика (край, область) |  |
| Город |  | улица |  |
| дом |  | корпус |  | квартира |  |
| телефон |  |
| эл.почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (серия, номер) (когда и кем выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации в целях анализа подготовки медицинских кадров в течение 10 лет в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (наименование организации)

Личная подпись обучающегося\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись куратора цикла\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Ученого секретаря\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_