

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
імені П.Л. ШУПИКА

ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА ПРОХОДЖЕННЯ ЦИКЛУ

Кафедра _____
Назва циклу _____
Який ВУЗ закінчив (повна назва) _____
В якому році _____ Диплом (копія) № _____
Спеціальність в інтернатурі _____
Дата закінчення інтернатури _____

1. Прізвище, І.,Б. _____
2. Загальний лікарський стаж (повних років) _____
3. Попередній фах _____
4. Фах в теперішній час _____**
5. Стаж роботи за фахом _____
6. Посада за місцем роботи _____
7. Атестаційна категорія (підкреслити) НЕМАЄ, ДРУГА, ПЕРША, ВИЩА
8. Мета (підкреслити) ПІДТВЕРДЖЕННЯ або ПРИСВОЄННЯ
9. УОЗ (відомство) _____
10. Місто або село (підкреслити)
11. Повна назва установи _____
12. Вид діяльності (№ п) за наказом № 484 _____
13. Сумарна кількість балів за наказом № 484 _____

Підпис декана факультету _____ ПІБ _____

Підпис куратора циклу _____ ПІБ _____

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ імені П. Л. ШУПИКА

АНКЕТА

1. Прізвище, Ім'я, по Батькові

_____ Рік народження _____

2. Фах в теперішній час (лікарська спеціальність)

3. Повна назва установи (місце роботи)

4. Телефон _____

5. Електронна адреса _____

6. Адреса нової пошти _____

7. Домашня адреса _____

У відповідності до вимог Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 р. № 2297-VI перед реєстрацією Ви надаєте свою згоду на використання і обробку Ваших персональних даних, що необхідні, виключно для забезпечення дій, пов'язаних із отриманням учбових інформаційних матеріалів та користування веб-сайтами www.webcardio.org, www.webmedfamily.org

Підпис _____

* Прізвище, ім'я, по батькові - великими друкованими літерами

** Для лікарів, що мають кілька спеціальностей, вказується лише та, яка має відношення до даного циклу.

***Тільки декан відповідного факультету