

Перелік документів для оформлення на курси підвищення кваліфікації

1. Заява на ім'я ректора.
2. Ксерокопія паспорту (1, 2, 11 стор.) або ID картки та довідки про реєстрацію місця проживання (довідка з органу реєстрації).
3. Ксерокопія ідентифікаційного коду.
4. Ксерокопія диплому про вищу освіту.
5. Ксерокопія сертифікату інтернатури.
6. Ксерокопія сертифікату лікаря-спеціаліста (за наявності)
7. Ксерокопія сертифікату про вторинну спеціалізацію (за наявності)
8. Фото 3x4
9. Реєстраційна карточка курсанта
10. Ксерокопію квитанції банку про оплату за навчання.
11. Путівку з підписом керівника та печаткою.

КЛОПОТАННЯ НА ІМ'Я РЕКТОРА ВПНЗ «ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Ректору ВПНЗ
«Львівський медичний університет»
професору Михайлу РЕГЕДІ
лікаря – (спеціальність за сертифікатом)
Прізвище ім'я по - батькові
контактний номер телефону
електронна пошта

ЗАЯВА

Прошу мене зарахувати на цикл _____
(назва циклу тематичного удосконалення, спеціалізації)

з _____ по _____, на умовах контракту.

Дата

Підпис

РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТОЧКА СЛУХАЧА

1. Назва та терміни проходження циклу (згідно путівки) _____
2. Прізвище, ім'я, по батькові (ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ) _____

3. Рік народження _____
4. Назва ВНЗ, рік закінчення, факультет _____

5. Диплом, серія № _____ Дата видачі _____
6. Займана посада за спеціальністю _____
7. Місце роботи: 1. Лікарня. 2. Місто або село. 3. Область _____

8. Стаж роботи після закінчення ВНЗ, років _____ із них за спеціальністю _____
9. Науковий ступінь, вчене звання _____
10. Інтернатура, рік: за якою спеціальністю, номер посвідчення _____

11. Підвищення кваліфікації (останнє): рік, назва циклу, місце проходження _____

12. Атестований (а) в р. за спеціальністю _____
_____ атестаційна категорія: _____
13. Адреса місця проживання на період навчання на циклі _____

14. Дата прибуття на цикл _____
15. Контактний телефон: _____

Дата

Підпис