|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
| **Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования** **Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова****Министерства здравоохранения Российской Федерации****(Сеченовский Университет)** |  | ПАМЯТКА |
| Институт профессионального образования |  | При себе необходимо иметь: |
|  | 1. Данную путевку с круглой печатью медицинской организации и подписью руководителя
2. \*Копию диплома об окончании высшего учебного заведения (документа о признании и установлении в РФ эквивалентности полученного за рубежом образования)
3. \*Копии документов о послевузовском профессиональном образовании (удостоверение об окончании интернатуры, ординатуры, диплом кандидата наук, диплом доктора наук и др.)
4. \*Копии иных документов о профессиональном образовании (свидетельства, удостоверения, сертификаты, дипломы государственного образца о дополнительном профессиональном образовании)
5. \*Копию трудовой книжки, заверенной на каждой странице, с записью «работает по настоящее время» и датой заверения
6. При изменении фамилии, имени, отчества – \*копии документов, подтверждающих факт изменения фамилии, имени, отчества
7. Копии первой и пятой страниц паспорта гражданина РФ (без заверения, 2 экз.)
8. Документы подаются на кафедру не позднее, чем за две недели до начала программы обучения

\**Копии документов отмеченных «\*» для программ профессиональной переподготовки предоставляются в 2-х экземплярах: 1 экземпляр, заверенный в отделе кадров или нотариально, и 2-й экземпляр – ксерокопия с заверенного 1-го.*Адрес отдела по формированию личных дел обучающихся Института профессионального образования/кафедры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**адрес сайта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Кафедра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Интегративной медицины**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| ПУТЕВКА |  |
| **Образовательная программа:**  | **«Психотерапия»** |  |
|  |  |
| плановая/внеплановая |  |
| (нужное подчеркнуть) |  |
| **Вид программы** ДПО | - профессиональная переподготовка- повышение квалификации(нужное подчеркнуть) |  |
|  |  |
| **Сроки обучения:**  | **С 11.09. 2018 – 18.12. 2018** |  |
|  |  |
| **По настоящей путевке направляются лица,** **строго соответствующие установке данной образовательной программы** |  |
|  |  |
| **« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.** |  |
| **Директор Института \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ профессионального образования** (подпись) (И.О.Фамилия) |  |
|  |  |
| **На обучение направляется** |  |
|  |  |
| (Фамилия, Имя, Отчество) |  |
|  |  |
| (занимаемая должность и стаж работы по специальности) |  |
| **М.П.** **Руководитель медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (подпись) (И.О.Фамилия)Наименование и адрес медицинской организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 МГМУ-СМК-Ф-502 |  | Стр. 1 из 2 |
| Версия 6.0 |  |

 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1МГМУ-СМК-Ф-502 |  | Стр. 2 из 2 |
| Версия 6.0 |  |

 |