***Директору ФГБНУ НЦН,***

 ***академику РАН***

 ***М.А. Пирадову***

|  |
| --- |
| ***Заявление*** |
|  | **Фамилия** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Имя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Отчество** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Прошу зачислить меня в число слушателей дополнительного профессионального образования в Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии» для обучения по программе повышения квалификации, профессиональной переподготовки ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(название программы)* |
| О себе сообщаю следующее: |
|  | **Дата и место рождения** |  |
|  |
|  | **Гражданство** |  |
|  |  |
|  |
|  | **Адрес регистрации по месту жительства** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ***(Индекс)*** |
|  |  |
|  | **Адрес фактического проживания** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **(Индекс)** |
|  |  |
|  |
|  | **Телефон *(дом./раб./моб.)*** |  |
|  | **Почтовый адрес или e-mail** |  |
| * ***Данные документа, удостоверяющего личность***
 |
|  | **Серия** |  |
|  | **Номер** |  |
|  | **Кем и когда выдан** |  |
|  |
| * ***Образование***
 |
|  | **Вид документа об образовании*****(указать вид, серию и номер документа, где, когда и кем выдан)*** |  |
|  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер СНИЛС** |  |

 |
| 2. Подтверждаю ознакомление со следующими документами:- Уставом ФГБНУ НЦН;- Постановлением Правительства РФ от 15.09.2020 г. № 1441 «Об утверждении правил оказания платных образовательных услуг»; - лицензией ФГБНУ НЦН на осуществление образовательной деятельности;- Правилами приема на обучение слушателей по программам дополнительного профессионального образования в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр неврологии»;- образовательными программами по соответствующему циклу обучения;- формами документов, выдаваемых по окончании обучения;-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.3. На обработку ФГБНУ НЦН своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(а). Согласие действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме**.**Подпись:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/****Прилагаемые документы:** * копия диплома о высшем образовании;
* копия диплома об окончании ординатуры/интернатуры/о профессиональной переподготовке (при необходимости в соответствии с квалификационными требованиями);
* копия сертификата или копия свидетельства об аккредитации;
* копия трудовой книжки (предоставляется в обязательном порядке для лиц, имеющих образование, не соответствующее квалификационным требованиям);
* копия документа о смене фамилии, имени, отчества (при наличии);
* обязательство о неразглашении персональных данных (в том числе их специальных категорий, и врачебной тайны);
* иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.** **Подпись: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**Заявление принял:**

**Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

**Подпись:/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**