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