

Министерство здравоохранения Мурманской области

Государственное областное образовательное автономное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Мурманский областной центр повышения квалификации
специалистов здравоохранения»
(ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»)

ПРИКАЗ

от 08.09.2021

№ 92

г. Мурманск

О внесении изменений в локальные нормативные акты Учреждения

В целях оптимизации работы в части приема документов на обучение в ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ» **п р и к а з ы в а ю:**

1. Внести в Правила приема слушателей на обучение, утверждённые приказом директора ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ» от 11.01.2021 г. № 09, и в Положение об оказании платных образовательных услуг, утверждённое приказом директора ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ» от 11.01.2021 г. № 09, следующие изменения:

1.2. изложить в новой редакции Приложение №1 и Приложение №2 Правил приема слушателей на обучение и Положения об оказании платных образовательных услуг, согласно Приложению №1 и Приложению №2 к настоящему приказу.

2. Тарасовой С.В., юрисконсульту, ознакомить работников отдела непрерывного медицинского образования и организационной работы с вносимыми изменениями в локальные нормативные акты.

3. Настоящий приказ вступает в силу с даты подписания.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



М.А. Горохова

Приложение №1
к приказу директора ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»
от 08.09.2021 № 92

БЛАНК или ШТАМП организации

Директору ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»

(И.О. Фамилия)

Ходатайство о приеме на обучение по программам дополнительного профессионального образования и профессионального обучения медицинских и фармацевтических работников со средним общим и средним профессиональным образованием за счет средств

(регионального бюджета / юридического лица / НСЗ ГФОМС и т.д. – нужное указать)

Вид обучения (профессиональная переподготовка, повышение квалификации, повышение квалификации в рамках НМИФО или профессиональное обучение)	№ цикла (при наличии), наименование программы обучения	Объем часов	Период обучения (сроки, в соответствии с графиком обучения на 2021 год, для НМО указывается желаемый квартал)	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) специалиста полностью	Дата рождения*	Номер СНИЛС*	Наименование учебного заведения, выдавшего диплом СПО, год окончания обучения	Наименование квалификации по диплому СПО (фельдшер, медицинская сестра и т.д.)*	Серия и номер диплома СПО через пробел (например, АБ 123456)*	Фамилия, указанная в дипломе СПО*	Сведения о трудовой деятельности за последние 5 лет (с указанием периодов и должностей) - указывается только при обучении по программам повышения квалификации

* Данные, представленные в таблице, необходимы для внесения сведений об обучении специалистов в федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении» в соответствии с Постановлением правительства РФ от 31.10.2020 № 1776

Оплату гарантируем. Реквизиты прилагаем (указывается при подаче ходатайства за счет средств юридического лица или НСЗ ГФОМС)

Реквизиты, необходимые для заключения договора:

Наименование учреждения (организации) в соответствии с Уставом ПОЛНОЕ	
Наименование учреждения (организации) в соответствии с Уставом СОКРАЩЕННОЕ	
Ф.И.О. (без сокращений) лица, подписывающего договор, должность (руководитель/директор/главный врач)	
Основание для осуществления деятельности руководителя (Устав, доверенность с указанием номера и даты приказа и т.д.)	
Адрес: юридический, фактический, почтовый	
Адрес электронной почты	
Номера контактных телефонов	
ИНН/КПП	
Реквизиты для выставления счёта (с указанием действующих расчетных счетов)	

Должность

Подпись

И.О. Фамилия

Директору ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»

(И.О. Фамилия)

от

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации / повышения квалификации в рамках системы НМиФО / профессиональной переподготовки / профессионального обучения дополнительного образования (**нужное подчеркнуть**)

Наименование программы _____

Сроки проведения обучения _____

Дата рождения: _____

Паспорт (серия, номер, кем выдан, дата выдачи): _____ (копию паспорта прилагаю)

Адрес регистрации: _____ (копию прописки прилагаю)

Сведения о среднем профессиональном образовании: окончил (а) в _____ году

Наименование учебного заведения: _____

При получении образования в иностранном государстве, необходимо предоставить документ, подтверждающий эквивалентность данного диплома (ст. 107 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ, Постановление Правительства РФ от 07.02.1995 № 119)

Серия, номер диплома: _____

Квалификация по диплому: _____ (копию диплома прилагаю)

Фамилия в дипломе (указать, если не совпадает с указанной в паспорте): _____ (копию документа, удостоверяющего смену фамилии прилагаю)

Место работы (название медицинской организации, область, город): _____

Сведения о трудовой деятельности за последние 5 лет (**только при обучении по программам повышения квалификации**): _____

(копию трудовой книжки прилагаю)

СНИЛС (указать номер обязательно) _____ (копию СНИЛС прилагаю)

Адрес фактического проживания (либо другой адрес для отправки документа об обучении): _____

Индекс, адрес _____

Контактный телефон _____

Адрес электронной почты _____

(указать обязательно и РАЗБОРЧИВО)

Гарантирую оплату и возможность проходить обучение дистанционно, используя сеть Интернет.

Обязуюсь с данным заявлением и необходимыми копиями, подтверждающими информацию в заявлении, также предоставить заявку с Портала НМиФО (при обучении по программам повышения квалификации в рамках системы НМиФО), договор и акт об оказании услуг (в двух экземплярах) полностью заполненные и подписанные мною, путем отправки их по почте России или предоставления лично.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Государственному областному образовательному автономному учреждению дополнительного профессионального образования «Мурманский областной центр повышения квалификации специалистов здравоохранения» (далее ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ»), расположенному по адресу 183052, г. Мурманск, ул. Баумана д. 42, на обработку моих персональных данных: *Ф.И.О.; дата и место рождения, иные данные, содержащиеся в документе, удостоверяющем личность; данные о месте регистрации и проживания, номеров телефонов; сведения о трудовой деятельности; сведения об образовании и выданном дипломе; данные СНИЛС и т.д.* с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, в целях организации и проведения цикла повышения квалификации (дополнительного образования).

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано гражданином по письменному заявлению с указанием причин отзыва.

Настоящее согласие вступает в силу с момента подписания и действует в течение всего срока хранения документов слушателей.

Я проинформирован(а), что данные, предоставленные мною, необходимы образовательному учреждению ГООАУ ДПО «МОЦПК СЗ» для внесения сведений о моем обучении в федеральную информационную систему «Федеральный реестр сведений о документах об образовании и (или) о квалификации, документах об обучении».

Предоставленные мною в заявлении сведения верны.

» _____ 20__ года

(Подпись)

(И.О. Фамилия)