

Приложение 21. Форма карточки специалиста

Карточка специалиста

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт
стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»**

Программа повышения квалификации (*указать название*)

Период обучения (*указать даты начала и окончания занятий*)

Фамилия, Имя, Отчество (*указать полностью*)

Дата рождения (*указать число, месяц и год*)

Паспортные данные (*указать вид документа, серию, номер, кем и когда выдан*)

Сведения о высшем образовании (*указать название учебного заведения, факультет, год окончания, специальность и серию, номер и дату выдачи диплома специалиста*)

Сведения об окончании интернатуры (*если есть – указать название учебного заведения, год окончания и специальность*)

Сведения об окончании ординатуры (*если есть – указать название учебного заведения, год окончания и специальность*)

Сведения об окончании аспирантуры (*если есть – указать название учебного заведения,*

<i>год окончания и специальность)</i>
<i>Ученая степень, звание (если есть – указать название, год получения)</i>
<i>Сведения о проф. переподготовке (если есть – указать название учебного заведения, год окончания и специальность)</i>
<i>Сведения о повышении квалификации (если есть – указать название программы, год окончания, место прохождения, серию, номер и дату выдачи сертификата специалиста и свидетельства специалиста)</i>
<i>Место работы (указать название организации, структурного подразделения, адрес, телефон, электронную почту)</i>
<i>Занимаемая должность и стаж работы в ней (указать полностью)</i>
<i>Контактные данные (указать адрес и индекс фактического места жительства, телефон, электронную почту)</i>
Дата «_____» _____ 20__ г. Подпись _____