

**Проректору по послевузовскому образованию  
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П.Павлова Минздрава России  
Клюковкину К.С.**

**от**

\_\_\_\_\_ *(фамилия имя отчество)*

\_\_\_\_\_ *(должность)*

\_\_\_\_\_ *(место работы)*

**E-mail (личный):**

**Моб. телефон (личный):**

**Дата рождения:**

**Гражданство:**

**СНИЛС:**

**Диплом ВУЗа:**

\_\_\_\_\_ *(специальность, год окончания)*

### **Заявление**

Прошу принять меня на обучение по дополнительной образовательной программе  
**повышения квалификации:** \_\_\_\_\_

на кафедре: \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ *(дата начала обучения)* по \_\_\_\_\_ *(дата окончания обучения)*

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Даю свое согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_ *(подпись слушателя)*

**СОГЛАСОВАНО:**

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /  
*(направляющей на обучение)*

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ /  
*(принимающий на обучение)*