|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

*Образец заполнения*

*(подается на бланке направляющей организации*

*за подписью руководителя организации)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_На №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Директору ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»Е.И. Аксеновой |

Информация о потребности

в обучении специалиста на 2023 год

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование программы | Ф.И.О. полностью в алфавитном порядке | Должность | Уровень образования | Сертификат специалиста/аккредитация (специальность) | Контактные данные: тел., эл.почта |
| Высшее образование (квалификация, специальность) | Интернатура/ординатура (специальность) | Профессиональная переподготовка (специальность) |
| *1.* | *Наименование программы* | *Иванов Иван Иванович* | *Заполняется согласно трудовой книжке* | *Заполняется при наличии соответствующего образования* | *Заполняется при наличии соответствующей подготовки* | *Заполняется при наличии соответствующей подготовки* | *Указывается специальность и год последней сертификации/**аккредитации* | *905 222-22-22**98619542@mali.ru* |

Руководитель

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(подпись) ФИО*

В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ УКАЗЫВАЕТСЯ:

ФИО (полностью), должность, контактный телефон сотрудника учреждения, ответственного за организацию обучения.