Директору

 АНО ДПО "ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ

 ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"

 Гусейнову М.И.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью)

**Заявление специалиста здравоохранения
на рассмотрение кандидатуры для участия в мероприятии в области здравоохранения**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО заявителя полностью: |  |
| +7 |  |  |
| *моб. телефон с кодом* | *e-mail* |

Согласно объявлению о наборе участников на мероприятие в области здравоохранения:

|  |  |
| --- | --- |
| название меОоприятия: | Образовательный курс «Курс по управлению катетерами в левом желудочке» |
| даты проведения: | с 28 по 29 августа 2024 |
| место проведения: | 28 августа в Конференц-зале отеля «DoubleTree by Hilton Hotel Novosibirsk» по адресу: Каменская ул., 7/1, г. Новосибирск, Новосибирская обл., 630099, Россия; 29 августа в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» МЗ РФ по адресу: Речкуновская ул., 15, г. Новосибирск, Новосибирская обл., 630055, Россия. |
| город, страна проведения: | Новосибирск |

прошу рассмотреть мою кандидатуру для организации и обеспечения моего участия в нем.

Для подтверждения моего соответствия критериям отбора участников к данному письму прилагаю:

1. Копию основного разворота паспорта
2. Копию действующего сертификата специалиста
3. Сведения о профильном образовании и профессиональной деятельности (см. информацию ниже)

Подтверждаю, что не являюсь государственным служащим в соответствии с локальным применимым законодательством[[1]](#footnote-1) о государственной службе.

|  |  |
| --- | --- |
| * Подтверждаю наличие опыта хирургического лечения нарушений ритма сердца
 |  |

Гарантирую актуальность (действительность) и достоверность представленной мной информации и документов.

|  |
| --- |
| Сведения о профильном образовании: |
| Год окончания | Наименование вуза | Квалификация, степень | Направление, специальность |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Сведения о профессиональной деятельности в здравоохранении (за последние 5 лет): |
| Год начала | Год окончания | Место работы | Город | Должность |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

*Примечание: перед подписанием документ может быть заполнен в формате Word*

1. [↑](#footnote-ref-1)