И.о.ректора, проректору по образовательной деятельности

ФГБОУ ВО ЮУГМУ

Минздрава России

О.С.Абрамовских

**ЗАЯВКА для физического лица**

Прошу предоставить путевку на договорной основе для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

на прохождение обучения по *повышения квалификации / профессиональной переподготовки* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть) (название программы)

на кафедре/ в медицинском колледже\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

продолжительностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_учебных часов.

Период проведения программы согласно календарному плану ДПП ПК/ПП на договорной основе с «\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_20\_\_г.

Наименование образовательной организации, которую окончил заявитель

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

(полностью)

Год окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ специальность по диплому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год окончания интернатуры (ординатуры)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид (ы)профессиональной переподготовки (дд/мм/гг, наименование подготовки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работающего по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стаж работы по специальности (при перерыве в стаже, указать период)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В должности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплата за прохождение обучения специалистом по программе будет произведена за счет средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать плательщика: ФИО физического лица)

Предоставляем реквизиты для составления договора:

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

- для физических лиц: ФИО плательщика, адрес регистрации, наименование, серия, номер документа, удостоверяющего личность (паспорт), кем и когда выдан, код подразделения, ИНН, дата рождения, контактный телефон, e-mail.

Специалист (медицинский работник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (ФИО)

Адрес электронной почты специалиста (медицинского работника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон (сотовый и городской) специалиста (медицинского работника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение к заявке для физического лица

1. **Минимальные требования для работы с образовательным порталом.**

Для работы в СДО Moodle необходимы:

* Компьютер (ноутбук) или планшет с разрешением экрана не менее 1024 на768;
* Колонки или наушники (для прослушивания аудио или видео лекций);
* Подключение к сети Интернет на скорости не менее 4 Мб/с
* Установленное программное обеспечение для чтения pdf фалов (например, Adobe Acrobat Reader);

Наличие одного из следующих веб-браузеров: Яндекс Браузер, Google Chrome , Mozilla Firefox, Safari.

Обучающийся должен владеть навыками работы с текстовыми редакторами, веб-браузерами и файловыми менеджерами.

1. **Минимальные требования к учебному месту обучающегося.**
   * Учебное место обучающегося должно быть оборудована ноутбуком или персональным компьютером, веб камерой, микрофоном, колонками или наушниками.
   * Учебное место обучающегося должно быть подключена к сети Интернет по устойчивому каналу связи. Скорость канала связи должна быть не менее 4 Мб/с.
2. **Минимальные требования к удаленной аудитории при проведении итоговой аттестации.**
   1. Аудитория должна быть оборудована ноутбуком или персональным компьютером, веб камерой, микрофоном, колонками или наушниками (1 рабочее место). Должен быть установлен программный (на ноутбук или персональный компьютер) TrueConfClient.
   2. Удаленная аудитория должна быть подключена к сети Интернет по устойчивому каналу связи. Скорость канала связи должна быть не менее 4 Мб/с.
   3. При сдаче тестирования и решении ситуационных задач веб камера должна быть направлена на рабочее место.
   4. При защите аттестационной работы или собеседования веб камера должна быть направлена на обучающегося.

**Обязуюсь обеспечить и несу ответственность за невыполнение требований**

Специалист (медицинский работник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (ФИО)