|  |  |
| --- | --- |
| Официальный бланк медицинской организации | И.о.ректора, проректору по образовательной деятельности ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РоссииО.С.Абрамовских |

**ЗАЯВКА для юридического лица**

Прошу предоставить путевку на договорной основе для специалиста

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(нужное подчеркнуть) (название программы)

по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на кафедре/ в медицинском колледже \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,продолжительностью\_\_\_\_\_\_\_\_учебных часов

Период проведения программы согласно календарному плану 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 cредств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать плательщика: наименование юридического лица)

Предоставляем реквизиты для составления трехстороннего договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

- юридическое лицо: полное и краткое название организации, почтовый адрес (с индексом), ИНН/КПП, банковские реквизиты, ФИО и должность руководителя, контактный телефон исполнителя.

- физическое лицо: ФИО обучающегося, адрес регистрации, наименование, серия, номер документа, удостоверяющего личность (паспорт), кем и когда выдан, код подразделения, ИНН, дата рождения, контактный телефон, e-mail

Руководитель медицинской организации

(с указанием должности)

 М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись) (ФИО)

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

Приложение к заявке для юридического 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.

Руководитель медицинской организации

(с указанием должности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись) (ФИО)

М.П.

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