**Анкета специалиста здравоохранения  
на рассмотрение кандидатуры для участия в мероприятии в области здравоохранения**(приложение к заявлению)

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| название мероприятия: | Мастер-класс «Лапароскопическая хирургия ожирения» |
| даты проведения: | 14 -15 мая 2024 |
| место проведения: | Ростовская клиническая больница ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России по адресу: Россия, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Пешкова, д. 34. |
| город, страна проведения: | г.Ростов-на-Дону, Россия |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО заявителя полностью: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | |
| *дата рождения (дд.мм.гггг)* | | | | | *нас. пункт места работы* | | | | *субъект РФ* | | |
| +7 |  | | | | | |  | | | | |
| *моб. телефон с кодом* | | | | | | | *email* | | | | |
| 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 | | Наименование организации (места работы) | | | | Нас. пункт места работы | | | Должность |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | | |  | | |  |