

Директору ФГБУ «НИИ гриппа  
им. А.А. Смородинцева» Минздрава России

Лиознову Д.А.

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

гражданина \_\_\_\_\_  
(указать гражданство)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_  
(по паспорту)

Паспортные данные \_\_\_\_\_  
(серия, номер, кем и когда выдан)

Телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе

\_\_\_\_\_

(повышения квалификации / профессиональной переподготовки)

\_\_\_\_\_

(наименование программы)

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

**Оплату гарантирую.**

О себе сообщаю следующее:

Образование \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения, специальность, год окончания)

Интернатура \_\_\_\_\_  
(специальность, год окончания)

Ординатура \_\_\_\_\_  
(специальность, год окончания)

Профессиональная переподготовка \_\_\_\_\_  
(специальность, год окончания)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

**Копии документов прилагаю**

Документ	Наличие (Да)	Наличие (Нет)
Паспорт (1 и 2 страницы)		
Документ, подтверждающий смену фамилии, имени или отчества		
СНИЛС (страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования)		
Документ, подтверждающий факт получения среднего профессионального или высшего образования		
Документ о послевузовском профессиональном образовании (интернатура, ординатура)		
Документы об образовании и (или) квалификации, признаваемые законодательством Российской Федерации, легализованные и переведенные на русский язык, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации - для иностранных граждан		
Платежный документ с отметкой об оплате (при обучении на договорной основе)		
Согласие на обработку персональных данных		