Курси підвищення кваліфікації в Навчально-науковому інституті післядипломної освіти Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Підтвердження кваліфікації **ТУ** (кожні 5 років):

- для фармацевтів (спеціальності «Фармація», «Організація і управління фармацією») (термін 2 тижні);
- для асистентів фармацевтів (спеціальності «Фармація») (термін 2 тижні).

Спеціалізація «Організація і управління фармацією» (перший раз, для тих хто отримує нову спеціальність). Повинний бути діючий сертифікат (не протермінований). (термін 2 місяці).

Асистенти фармацевтів: (2 місяці)

Для проходження курсів підвищення кваліфікації необхідно надати наступний ***пакет документів***, а саме:

1 фотографія (**для спеціалізації**)

1. Копія диплома про середньо-спеціальну чи вищу освіту за спеціальністю «Фармація» або «Технології парфумерно-косметичних засобів».
2. Копія сертифікату провізора – спеціаліста за спеціальністю «Загальна фармація» (інтернатура), для випускників з 1992 року.
3. Копія трудової книжки (перша сторінка та останні записи відповідно до стажу роботи щодо відповідності кваліфікаційній категорії та фаху).
4. Копія паспорта (1-2 сторінка).
5. Копія посвідчення чи сертифікату попередніх курсів підвищення кваліфікації.
6. Копії свідоцтво про укладення шлюбу (при зміні прізвища).
7. Договір про підвищення кваліфікації (в 2-х примірниках у разі оплати освітньої послуги підприємством).
8. Заява (написана власноруч).

Ректору Запорізького державного
медико-фармацевтичного
університету
професору Колеснику Ю.М.
фармацевта-спеціаліста

ПІБ

Заява

Прошу зарахувати мене на курси підвищення кваліфікації (ТУ, спеціалізація *потрібне залишити)* для фармацевтів/асистентів фармацевтів з фаху «Фармація», «Організація і управління фармацією», «Клінічна фармація» *(потрібне залишити)* на контрактній основі у 2024 р.

Дата Підпис

Додаток 4

В.о. ректора Запорізького державного
медико-фармацевтичного університету
професору Колеснику Ю.М.
КУРСАНТА

_____
(прізвище, ім’я, по-батькові повністю)

ЗАЯВА

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010р. № 2297-VI даю згоду на обробку моїх персональних даних прізвище, ім’я, по батькові, реєстраційний номер облікової картки платника податків (ідентифікаційний код) та тощо, з метою забезпечення реалізації відносин у сфері освіти, підвищення кваліфікації,адміністративно-правових, податкових та відносин у сфері бухгалтерського обліку, реалізації прав громадян на бібліотечне обслуговування, підготовки статистичної адміністративної та іншої інформації з питань осіб, які навчаються.

Даю згоду на передачу моїх персональних даних третім особам, в межах виконання ними своїх повноважень, передбачених чинних законодавством.

Зобов’язуюсь при зміні моїх персональних даних надавати у найкоротший термін відповідальній особі деканату ФПО Запорізького державного медичного університету уточнену інформацію та подавати оригінали відповідних документів для внесення моїх нових особистих даних до бази персональних даних осіб, які навчаються Запорізького державного медичного університету.

_____ 20 року _____
(дата) (підпис)

Я, _____

(прізвище, ім’я, по-батькові повністю)

посвідчую, що отримав повідомлення про включення інформації про мене до бази персональних даних з метою забезпечення реалізації відносин у сфері освіти, підвищення кваліфікації, адміністративно-правових, податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку, реалізації прав громадян на бібліотечне обслуговування, реєстрації місця проживання на період навчання у гуртожитках, введення обліку військовозобов’язаних і призовників, підготовки статистичної адміністративної та іншої інформації з питань осіб, яки навчаються, а також відомості про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних», і про осіб, яким мої дані надаються, для виконання зазначеної мети.

_____ 20 року _____
(дата) (підпис)