**Заявка на прохождение аккредитации специалистами на базе симуляционно-аккредитационного центра**

**Института дополнительного профессионального образования**

**ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России**

**Наименование учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО специалиста (полностью)** | **Контактные данные (личная эл. почта/ телефон)** | **Название и даты цикла профессиональной переподготовки, на котором было обучение по аккредитуемой специальности, наименование специальности** | **Выбранные варианты дат прохождения аккредитации (для каждого специалиста)** | **Нуждаемость в общежитии**  **(да, нет)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Руководитель учреждения/подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**