*Образец заполнения*

*(подается на бланке направляющей организации*

*за подписью руководителя организации)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  На №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **Директору**  **ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения**  **города Москвы»**  **Е.И. Аксеновой** |

Информация о потребности

в обучении специалистов на 2022 год

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование программы | Ф.И.О.  полностью в алфавитном порядке | Должность | Уровень образования | | | | Сертификат специалиста/  аккредитация (специальность) | Контактные данные: тел., эл.почта |
| Среднее профессиональное образование (квалификация, специальность) | Высшее образование (квалификация, специальность) | Интернатура/  ординатура (специальность) | Профессиональная переподготовка (специальность) |
| *1.* | *Экспертиза временной нетрудоспособности* | *Иванов Иван Иванович* | *Заполняется согласно трудовой книжке* | *Заполняется при наличии среднего профессионального образования* | *Заполняется при наличии высшего образования* | *Заполняется при наличии соответствующей подготовки* | *Заполняется при наличии соответствующей подготовки* | *Указывается специальность и год последней сертификации/*  *аккредитации* | *905 222-22-22*  [*98619542@mali.ru*](mailto:98619542@mali.ru) |

Руководитель

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) ФИО*

ФИО, должность, контактный телефон сотрудника учреждения, ответственного за организацию обучения.