

Необхідні документи для реєстрації на навчання:

1. Путівка.
2. Копія диплому.
3. Заповнені документи (технологічна картка, анкета слухача - додаються).
4. Свідоцтво про одруження (у разі зміни прізвища).
5. Відрядження (за необхідності).
6. Для викладачів ЗВО - витяг з наказу з місця роботи про направлення на навчання на цикл ТУ.

Куратор циклу – асистент Новіков Євген Вячеславович. Для дистанційної реєстрації потрібно якісно відсканувати зазначені документи та відправити на адресу [doctornovikov@ukr.net](mailto:doctornovikov@ukr.net) з позначкою «Документи для реєстрації на цикл ТУ», для забезпечення зворотного зв'язку потрібно обов'язково вказати Ваш контактний номер мобільного телефону та адресу e-mail. Також Ви можете надіслати документи Новою поштою з доставкою на адресу: м. Київ, вул. Івана Виговського 24, відділення Нової пошти №138 - для Новікова Євгена Вячеславовича, – тел. 095 4139678.

Графік занять і навчальні матеріали буде розіслано на електронні скриньки слухачів.

Після закінчення циклу ТУ кожному слухачу буде видано посвідчення встановленого зразку (50 балів безперервного професійного розвитку). Його оригінал можна буде отримати поштою або особисто на кафедрі (після узгодження часу отримання).

Контактні дані співробітників кафедри:

Куратор циклу асистент Новіков Є.В.– тел. (095) 4139678, E-mail: [doctornovikov@ukr.net](mailto:doctornovikov@ukr.net)

Завуч кафедри доцент Куць В.О. – тел. (050) 3836985, E-mail: [kutsva@ukr.net](mailto:kutsva@ukr.net)

Завідувач кафедри професор Жарінов О.Й. – тел. (050) 3154069, E-mail: [oleg\\_zharinov@hotmail.com](mailto:oleg_zharinov@hotmail.com)

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА  
ТЕХНОЛОГІЧНА КАРТКА ПРОХОДЖЕННЯ ЦИКЛУ

Кафедра \_\_\_\_\_  
Назва циклу \_\_\_\_\_  
Який ЗВО закінчив (повна назва) \_\_\_\_\_  
В якому році \_\_\_\_\_ Диплом (копія) № \_\_\_\_\_  
Спеціальність в інтернатурі \_\_\_\_\_  
Дата закінчення інтернатури \_\_\_\_\_  
1. Прізвище, І.Б. \_\_\_\_\_ \*2. Загальний лікарський стаж (повних років) \_\_\_\_\_  
3. Попередній фах \_\_\_\_\_  
4. Фах в теперішній час \_\_\_\_\_ \*\*  
5. Стаж роботи за фахом \_\_\_\_\_  
6. Посада за місцем роботи \_\_\_\_\_  
7. Атестаційна категорія (підкреслити) НЕМАЄ, ДРУГА, ПЕРША, ВИЩА  
8. Мета (підкреслити) ПІДТВЕРДЖЕННЯ або ПРИСВОЄННЯ  
9. УОЗ (відомство) \_\_\_\_\_  
10. Місто або село (підкреслити) \_\_\_\_\_  
11. Повна назва установи \_\_\_\_\_  
12. Вид діяльності (№ п) за наказом №484 \_\_\_\_\_  
13. Сумарна кількість балів за наказом №484 \_\_\_\_\_

Підпис декана факультету/ \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_ \*\*\*  
директора інституту \_\_\_\_\_  
Підпис куратора циклу \_\_\_\_\_ ПІБ \_\_\_\_\_

\* Прізвище, ім'я, по батькові - великими друкованими літерами  
\*\* Для лікарів, що мають кілька спеціальностей, вказується лише та, яка має відношення до даного циклу.  
\*\*\* Тільки декан відповідного факультету

Анкета

П.І.Б. \_\_\_\_\_  
Рік народження \_\_\_\_\_  
Місце роботи \_\_\_\_\_  
Посада \_\_\_\_\_  
Категорія з ФД \_\_\_\_\_, Претендую на \_\_\_\_\_  
Закінчив (ла) \_\_\_\_\_ факультет \_\_\_\_\_ рік  
Спеціальність \_\_\_\_\_  
Стаж загальний \_\_\_\_\_ З функт. д-ки \_\_\_\_\_  
на останній посаді \_\_\_\_\_  
Ким відряджений на курси? \_\_\_\_\_  
Диплом серія № \_\_\_\_\_  
Що цікавить на курсах? \_\_\_\_\_  
Сл. тел. (код) \_\_\_\_\_ Дом. тел. \_\_\_\_\_  
Моб. тел. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Дата заповнення \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ р.