

**Відокремлений структурний підрозділ
«Дніпровський навчально-консультаційний центр»
комунального підприємства «Дніпропетровський обласний інформаційно-
аналітичний центр медичної статистики»
Дніпропетровської обласної ради»**

КАРТКА СЛУХАЧА

1. Найменування циклу _____
2. Контингент _____
3. Термін навчання з «__»__ 20__р. по «__»__ 20__р.
4. Прізвище, ім'я та по батькові слухача _____

5. Дата народження _____
6. Домашня адреса, моб. телефон з Viber, e-mail _____

7. Серія, номер, дата видачі паспорта _____

8. Який навчальний заклад закінчив _____
9. Серія, номер, дата видачі диплома _____

10. Спеціальність за дипломом _____
11. Місце роботи (заклад, відділення) _____

12. Займана посада _____
13. Стаж роботи на посаді _____
14. Останнє підвищення кваліфікації (місяць, рік, найменування циклу) _____

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01 червня 2010 р. № 2297-VI даю згоду на обробку моїх зазначених персональних даних, з метою забезпечення реалізації відносин у сфері освіти.

Дата реєстрації _____

Підпис слухача _____