

**Кафедра хирургических болезней №1 Института НМФО**  
**Личная карточка курсанта.**

**\* заполнить аккуратно и читабельно ВСЕ пункты, кроме расположенных в рамке**

№ цикла

Курсантский билет № \_\_\_\_\_

Наименование цикла \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Пол **М / Ж**

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_ / \_\_\_ / 19\_\_\_ г Возраст \_\_\_\_\_ лет

Наименование ВУЗа (*город*) \_\_\_\_\_ Год окончания 19\_\_\_ г

Место работы \_\_\_\_\_

Занимаемая должность \_\_\_\_\_

Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_ лет (**до 5; 5-15; более 15**)  
в последней должности \_\_\_\_\_ лет

Категория: **нет; вторая; первая; высшая** Ученая степень: **нет; к.м.н; д.м.н.**

**Последнее** обучение на кафедре хирургии ФУВ ВолГМУ: Год \_\_\_\_\_

Домашний адрес (почт.индекс), \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Контактный телефон** +7 ( ) \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Членство в **РОХ** – Да ( с \_\_\_\_\_ года); **Нет**; **Отделение РОХ** \_\_\_\_\_

Доступный **Internet** : Да / Нет **E-mail** : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Адрес лечебного учреждения (телефон) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Временный адрес \_\_\_\_\_

Дата прибытия на цикл \_\_\_\_\_ Дата окончания \_\_\_\_\_

Необходимость  
прохождения  
сертификации: **Да / Нет**

Итоговая оценка \_\_\_\_\_

Свидетельство № \_\_\_\_\_

Сертификат № \_\_\_\_\_