|  |
| --- |
| ***Укажите курс, по которому Вы хотели бы пройти дополнительное обучение:*** |
| **Хабаровск 17.09 -18.09 2024г.*****Психологические аспекты муковисцидоза с точки зрения экзистенциально- гуманистического подхода*** |

1. ***Общая информация о заявителе.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия Имя Отчество** |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Город работы, регион** |  |
| **Место работы** |  |
| **Должность** |  |
| **Контактные данные** | моб. телефон |  |
| e-mail |  |
| Адрес проживания |  |
| **Паспортные данные** Серия, номер паспорта, кем и когда выдан, код подразделения, выдавшего паспорт. |  |
| **Адрес регистрации** |  |

**2. *Пожалуйста заполните следующую таблицу:***

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Образование** | **Высшее**  |
| * 1. **Профильное образование**.

Специализация, учебное заведение, год окончания университета, интернатура, ординатура, докторантура, аспирантура (укажите информацию, актуальную для Вас). |  |
| * 1. **Дополнительное образование.**

Курсы, тренинги, сертификаты. |  |
| * 1. **Знание иностранных языков**

Укажите, какие иностранные языки Вы знаете и в какой степени.Пример оценки уровня языка для английского: elementary, pre-intermediate, intermediate, upper- intermediate, advanced |  |
| * 1. Читает**е** ли Вы профессиональную литературу или периодические издания на иностранном языке?

Если да, то какие?  |  |
| 1. **Опыт работы**

Пожалуйста, опишите в обратной последовательности Ваш опыт работы за последние 10 лет, начиная с последнего: название учреждения, должность, даты нахождения в данной должности. |  |
| **3. Опыт ведения пациентов с муковисцидозом**Напишите, на протяжении какого времени Вы наблюдаете пациентов с муковисцидозом, сколько пациентов с МВ вы наблюдаете регулярно (ведете) в течение года?  |  |
| **4. Укажите наиболее актуальные для Вас вопросы и темы в сфере лечения пациентов с муковисцидозом.**В каких сферах и областях Вы бы хотели получить дополнительную информацию за время стажировки? |  |
| **5. Опишите пожалуйста с какими сложностями Вы сталкиваетесь при ведении пациентов с МВ.**  |  |
| **6. Есть ли у Вас в практике клинические случаи в части лечения пациентов с муковисцидозом, которые Вы бы хотели обсудить с коллегами?** |  |
| **7. Готовы ли Вы предоставить выписки из историй болезни с сохранением анонимности пациента для обсуждения с коллегами?** |  |

**Подписав данную заявку, я подтверждаю, что:**

1. Ознакомлен(а) с Положением о Программе «Повышение квалификации врачей»

2. Все предоставленные мной сведения являются достоверными.

3. Предоставляю свое согласие на обработку Благотворительным фондом «Острова», находящимся по адресу: 197101, г. Санкт-Петербург, ул. М. Монетная, д. 2, лит. Г., пом. 1Н, оф. 402, указанных в заявке персональных данных Заявителя, а именно - фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, телефонов. Обработка персональных данных производится с целью предоставления благотворительной помощи (единовременных выплат, в том числе материальной помощи), для информирования общественности (третьих лиц) о ходе реализации программы, а также последующего предоставления отчетности уполномоченным органам и донорам благотворительной программы «Повышение квалификации врачей» и может производиться в форме сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), распространения, использования указанных персональных данных в течение 5 (пяти) лет с даты окончания благотворительной программы «Повышение квалификации врачей», после чего Заявитель имеет право отозвать свое согласие на обработку персональных данных. Настоящая подпись подтверждает согласие Заявителя на обработку в форме уничтожения указанных персональных данных Заявителя Благотворительным фондом «Острова», если по истечении названного срока, если отзыва от Заявителя не последует.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО ./ Дата

***Проверьте комплектность предоставляемых документов:***

1. Форма заявки для участия в конкурсе (этот документ).
2. Ходатайство о стажировке специалиста от пациентской организации города или региона;
3. Ходатайство о стажировке специалиста от медучреждения, где он работает, либо от региональных специалистов по муковисцидозу (для руководителей медучреждений ходатайство с места работы не требуется).