**ПРАВИЛА ПРИЕМА СЛУШАТЕЛЕЙ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ**

 **УТВЕРЖДАЮ**

 Генеральный директор общество с

 ограниченной ответственностью

 «Учебно-методический центр

 дополнительного непрерывного

 медицинского образования»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.В. Маляров

 Приказ №\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Настоящие правила определяют порядок приема слушателей на обучение по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки (индивидуальное обучение).

1.2. Правила разработаны в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным Законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07. 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», квалификационными требованиями, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 15 июня 2017 г. № 328н; приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях», приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

1. **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМА ЗАЯВОК И УСЛОВИЯ ПРИЕМА СЛУШАТЕЛЕЙ НА ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

2.1. Прием специалистов на обучение по дополнительным профессиональным программам осуществляется:

2.1.1. По договорам на оказание платных образовательных услуг в соответствии с утвержденными расценками.

2.2. Заявки на обучение принимаются в течении года до начала цикла, оформленные в соответствии с прилагаемым образцом (приложение № 1).

2.3. Заявки на обучение принимаются лично от специалистов, по телефону, электронной почте и в виде почтовых отправлений или доставкой курьером.

2.4. Условиями зачисления слушателей для обучения по программам дополнительного профессионального образования является наличие документов, подтверждающих соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам с медицинским образованием. Учебно-методический центр ДНМО оставляет за собой право отказать в приеме на обучение по дополнительным профессиональным программам медицинским работникам, документы которых не соответствует требованиям, предъявляемым законодательством Российской Федерации.

2.5. Прием специалиста на разные циклы обучения, проводимые в одни и те же сроки, не допускается.

2.6. Зачисление на циклы профессиональной переподготовки, повышения квалификации и на стажировку проводится в день начала занятий. Опоздание на обучение не допускается.

2.7. Для решения спорных вопросов по зачислению на обучение специалистов в Учебно-методическом центре ДНМО создаётся комиссия.

2.8. Учебно-методический центр ДНМО не несет ответственность за направление работодателем специалистов на обучение, квалификация которых не соответствует квалификационным требованиям, установленным действующими нормативными документами.

2.9. — Специалисты, имеющие среднее и/или высшее медицинское образование, не соответствующее квалификационным требованиям, могут быть зачислены на циклы профессиональной переподготовки (нормативный срок подготовки составляет свыше 500 часов), при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности от 5 до 10 лет.

2.10. — Специалисты, имеющие среднее и/или высшее медицинское образование, не соответствующее квалификационным требованиям, могут быть зачислены на циклы повышения квалификации (нормативный срок обучения от 100 до 500 часов) при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности 10 лет и более.

**3. ДОКУМЕНТЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ЗАЧИСЛЕНИЯ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПОРЯДОК ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**

3.1. Перечень необходимых документов на циклы или стажировку:

* анкета (приложение № 2);
* ксерокопия паспорта;
* 1 ксерокопия диплома об окончании учебного заведения; при изменении фамилии, имени, отчества
* ксерокопия документа, подтверждающего факт изменения;
* 1 экземпляр договора на оказание платных образовательных услуг, оформленный лечебно-профилактическим учреждением или лично курсантом.

3.2. Все документы, необходимые для зачисления на циклы обучения по программам дополнительного профессионального образования предоставляются в виде оригиналов и копий.

Для работающих граждан, копии документов заверяются в отделе кадров с места работы, для не работающих граждан копии документов должны быть заверены нотариально.

3.3. Документы для зачисления на циклы профессиональной переподготовки и повышения квалификации принимаются непосредственно в Учебно-методическом центре ДНМО.

Приложение № 1



Общество с ограниченной ответственностью

«Учебно-методический центр дополнительного непрерывного медицинского образования» ИНН/КПП 2635230040/263501001, ОГРН 1172651018210,

Адрес: 355000, Россия, Ставропольский край, г. Ставрополь,

ул. Маршала Жукова, д.7 офис № 85,86

**Образец личного заявления на обучение по дополнительным профессиональным программам (профессиональная переподготовка, повышение квалификации)**

Директору\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество полностью)

Работающего (наименование медицинской организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Временно не работаю (подчеркнуть, если не работаете)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить на цикл: по программе повышения квалификации или профессиональной переподготовки (нужное подчеркнуть)

Наименование программы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сроки обучения с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

Оплату за обучение гарантирую. В предоставлении общежития нуждаюсь (не нуждаюсь). О себе сообщаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование вуза, который закончил, год окончания |  |
| Специальность по диплому |  |
| Интернатура по специальности, год окончания |  |
| Ординатура по специальности, год окончания |  |
| Профессиональная переподготовка по специальности, год окончания |  |
| Гражданство |  |
| Адрес места жительства с почтовым индексом |  |
| Контактный телефон |  |
| e-mail |  |

Приложение:

1) копия диплома об окончании медицинского вуза (факультета),

2) копия документов об окончании интернатуры или клинической ординатуры и/ или диплома о профессиональной переподготовке,

3) копия трудовой книжки.

 Без этих документов личные заявления на обучение не рассматриваются.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №2



Общество с ограниченной ответственностью

«Учебно-методический центр дополнительного непрерывного медицинского образования» ИНН/КПП 2635230040/263501001, ОГРН 1172651018210,

Адрес: 355000, Россия, Ставропольский край, г. Ставрополь,

ул. Маршала Жукова, д.7 офис № 85,86

**АНКЕТА**

Наименование цикла **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Место работы, занимаемая должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Оконченное учебное учреждение, год окончания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Серия диплома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер диплома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Специальность в настоящее время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Общий врачебный стаж\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Стаж работы по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных» я

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Паспорт серия №

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кем, когда

выражаю ООО «Учебно-методический центр дополнительного непрерывного медицинского образования» согласие на обработку, систематизацию, хранение, использование моих персональных данных, указанных в настоящем заявлении, с использованием средств автоматизации в целях анализа подготовки медицинских кадров в течение 5 лет после окончания обучения.