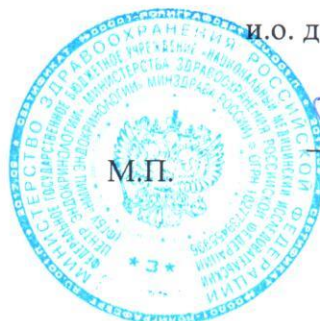


Утверждаю  
и.о. директора, профессор РАН  
Мокрышева Н.Г.



*[Signature]*  
«19» августа 2019г.

Принято на межкафедральном собрании  
от «7» июля 2019 г., протокол № 3

**ПРАВИЛА ПРИЕМА СПЕЦИАЛИСТОВ  
НА ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Москва 2019

## 1. Общие положения

- 1.1. Правила приема специалистов на обучение по дополнительным профессиональным программам в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России) (далее - Центр) регламентируют прием граждан Российской Федерации, иностранных граждан, соотечественников за рубежом и иных категорий граждан, поступающих в Центр для обучения по дополнительным профессиональным программам.
- 1.2. Настоящие Правила разработаны в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации, приказом Минздрава России от 03 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 Минздрава России от 07.10.2015 N 700н "О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование", Приказом Минздрава России от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н, Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», Приказом Минздрава России от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста», Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499н «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам», Уставом и другими локальными нормативными актами Центра.
- 1.3. Совершенствование работниками профессиональных знаний и навыков в Центре осуществляется путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде программ повышения квалификации, профессиональной переподготовки.
- 1.4. Сроки, формы, содержание и технология обучения по дополнительным профессиональным программам определяются Центром с учетом установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов и требований соответствующих федеральных государственных образовательных стандартов к результатам освоения образовательных программ и потребностью работодателей.
- 1.5. Прием специалистов на обучение по дополнительным профессиональным программам проводится в соответствии с указанными в календарном плане сроками проведения циклов обучения и контингентом обучающихся.

- 1.6. Прием специалистов на обучение по дополнительным профессиональным программам осуществляется по договорам на оказание платных образовательных услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом или в рамках реализации государственного задания на реализацию дополнительных профессиональных программ.
- 1.7 Прием специалиста на разные циклы обучения, проходящие в одни и те же сроки в очной форме, не допускается.

## **2. Организация приема заявок на обучение**

- 2.1. К рассмотрению принимаются заявки на обучение, поступившие не позднее, чем за 2 недели до начала цикла, оформленные в соответствии с прилагаемыми образцами.
- 2.2. В случае оформления договора об оказании платных образовательных услуг юридическому лицу направляющая организация представляет гарантийное письмо об оплате на имя Директора Центра. В случае оформления договора об оказании платных образовательных услуг физическому лицу договор заключается на основании личного заявления специалиста.
- 2.3. Заявки на обучение принимаются в виде почтовых отправлений, по электронной почте, доставленных курьерами и лично от специалистов, а также через Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (далее – Портал; <http://edu.rosminzdrav.ru>).
- 2.4. Центр оставляет за собой право отказать в приеме на обучение по дополнительным профессиональным программам медицинским работникам, образование которых не соответствует квалификационным требованиям, предъявляемым к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и у которых отсутствует необходимый стаж практической работы по соответствующей специальности.
- 2.5. Центр не несет ответственность за направление работодателем на обучение специалистов, квалификация которых не соответствует квалификационными требованиям, установленным действующими нормативными документами.

## **3. Правила зачисления на обучение**

3.1. Зачисление на обучение по дополнительной профессиональной программе может происходить:

3.1.1. через направление заявки (Приложение А и Б) непосредственно в Центр:

- по почте на адрес 117036 Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова дом 11 (с пометкой «в учебно-методический отдел»);
- по электронной почте [obr@endocrincentr.ru](mailto:obr@endocrincentr.ru);
- переданные курьером в канцелярию Центра (с пометкой «в учебно-методический отдел»);
- лично в учебно-методический отдел;

3.1.2. через Портал <http://edu.rosminzdrav.ru> для чего специалист должен:

- зарегистрироваться на Портале;
  - создать индивидуальный план обучения по специальности (для допуска к аккредитации или сертификации);
  - выбрать цикл по программе повышения квалификации;
  - сформировать, распечатать и подписать предварительную заявку на выбранный цикл;
  - отправить подписанную лично заявку в Центр:
    - по почте на адрес 117036 Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, дом 11 (с пометкой «в учебно-методический отдел»);
    - по электронной почте obr@endocrincentr.ru;
    - переданные курьером в канцелярию Центра (с пометкой «в учебно-методический отдел»);
    - лично в учебно-методический отдел;
- 3.2. По прибытии в Центр (в учебно-методический отдел) для обучения по дополнительным профессиональным программам специалист предоставляет документ, удостоверяющий его личность, при направлении на обучение юридическим лицом гарантийное письмо об оплате, а также комплект документов согласно утвержденному перечню (Приложение В).
- 3.3. Основанием для зачисления на обучение по дополнительным профессиональным программам являются: наличие оформленного направления на обучение (в случае оплаты от юридического лица), личное заявление о зачислении на обучение (Приложение Г), согласие на обработку персональных данных (Приложение Д), наличие комплекта документов согласно утвержденному перечню (Приложение В), подтверждающих соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам с высшим медицинским образованием.
- 3.4. Специалисты, имеющие медицинское образование, не соответствующее квалификационным требованиям, могут быть зачислены на циклы профессиональной переподготовки при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности от 5 до 10 лет.
- 3.4. Специалисты, имеющие медицинское образование, не соответствующее квалификационным требованиям, могут быть зачислены на циклы повышения квалификации при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности 10 лет и более.
- 3.5. Зачисление специалистов на программы дополнительного профессионального образования проводится в течение трех учебных дней от даты начала занятий путем издания приказа по Центру, при длительности программ 144 ак ч и более по решению приемной комиссии.
- 3.6. Опоздание на циклы не допускается. В случае прибытия специалиста позднее даты начала цикла путевка аннулируется. Спорные вопросы по зачислению на обучение специалистов, опоздавших к началу занятий на циклах, решаются директором ИВиДПО по согласованию с заведующим профильной кафедры.

#### **4. Восстановление обучающихся**

- 4.1. В связи с краткосрочностью циклов повышения квалификации, профессиональной переподготовки восстановление для обучения на цикле, с которого был отчислен обучающийся, не проводится.
- 4.2. При отчислении с цикла повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки по уважительной причине Центр оказывает содействие в приеме на обучение на другие циклы по соответствующим дополнительным профессиональным программам.

#### **5. Порядок принятия, утверждения и изменения настоящих Правил**

- 5.1 Настоящие Правила принимаются на межкафедральном заседании и утверждаются Директором Центра до начала учебного года.
- 5.2 В настоящее Положение могут вноситься изменения и дополнения, которые утверждаются Директором Центра.

**ЗАЯВКА НА ОБУЧЕНИЕ ОТ ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА**

---

**Заявка на обучение**

в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

по дополнительной профессиональной программе

повышения квалификации на тему « \_\_\_\_\_ » / профессиональной подготовки по специальности « \_\_\_\_\_ » (ненужное удалить)

объем \_\_\_\_\_ ак. ч.

Дата проведения цикла « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заявленный слушатель:

ФИО \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Сертификат специалиста \_\_\_\_\_  
(специальность, дата выдачи)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Дата

Подпись

**ЗАЯВКА ОТ УЧРЕЖДЕНИЯ НА ЦИКЛ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**БЛАНК или ШТАМП  
учреждения**

и.о. директора ФГБУ «НМИЦ  
эндокринологии» Минздрава России  
профессору РАН  
Мокрышевой Н.Г.

**ЗАЯВКА**

Прошу предоставить путевку на цикл повышения квалификации / профессиональной переподготовки по \_\_\_\_\_ специальности на \_\_\_\_\_ тему

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

для врача \_\_\_\_\_  
(Ф И О полностью)

\_\_\_\_\_ (занимаемая должность)

Наименование ВУЗа, который закончил врач \_\_\_\_\_

Год окончания \_\_\_\_\_

Специальность по диплому \_\_\_\_\_

Интернатура (клиническая ординатура) по специальности \_\_\_\_\_, год окончания \_\_\_\_\_

**Оплату гарантируем.**

**Юридический адрес и банковские реквизиты учреждения.**

Руководитель учреждения \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**М.П.**

**Список документов для зачисления на обучение по дополнительной профессиональной программе  
повышения квалификации/профессиональной переподготовки:**

- 1а. *При направлении учреждением:* Заявка от учреждения по форме и гарантийное письмо об оплате обучения от учреждения. Личное заявление по форме. Подписанный руководителем учреждения договор на оказание платных образовательных услуг (форма договора для юридических лиц).
- 1б. *При оплате обучающимся:* Личное заявление по форме. Подписанный обучающимся договор на оказание платных образовательных услуг (форма договора для физических лиц).
2. Копия паспорта (1 страница и прописка).\*
3. Копия документа, подтверждающего смену фамилии, если она менялась.\*
4. Копия диплома об окончании ВУЗа.\*
5. Копия документа об окончании интернатуры/клинической ординатуры по соответствующей специальности.\*
6. Копия диплома о профессиональной переподготовке (при наличии).\*
7. Копия действующего (последнего) сертификата специалиста.\*
8. Копия удостоверения о повышении квалификации (за последние 5 лет).\*
9. Копия трудовой книжки (полностью), заверенная отделом кадров по месту работы специалиста, с отметкой о продолжении работы в настоящее время. Если специалист сертифицируется по смежной специальности, требуются сведения о данном совместительстве в трудовой книжке.
10. Согласие на обработку персональных данных.

\*- при себе иметь оригинал.



Приложение Г

и.о. директора ФГБУ «НМИЦ эндокринологии»  
Минздрава России профессору РАН  
Мокрышевой Н.Г.

от \_\_\_\_\_  
ФИО полностью

\_\_\_\_\_  
Наименование ВУЗа/колледжа (полностью)

\_\_\_\_\_  
год окончания \_\_\_\_\_  
специальность по диплому \_\_\_\_\_  
Интернатура: учреждение, год окончания, специальность

\_\_\_\_\_  
Клиническая ординатура: учреждение, год окончания,  
специальность \_\_\_\_\_  
Аспирантура / докторантура: учреждение, год окончания,  
специальность \_\_\_\_\_

Ученая степень, ученое звание \_\_\_\_\_

Работающего, не работающего (нужное подчеркнуть)  
по специальности \_\_\_\_\_

место работы \_\_\_\_\_

занимаемая должность \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Постоянно проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня на обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации (или профессиональной переподготовки) (ненужное удалить) по специальности

« \_\_\_\_\_ » на тему  
« \_\_\_\_\_ »

\_\_\_\_\_ с « \_\_\_\_\_ » 20 г. по « \_\_\_\_\_ »

20 г. продолжительностью \_\_\_\_\_ час. с отрывом (или без отрыва) (ненужное удалить) от основной работы на договорной (или бесплатной) (ненужное удалить) основе.

На обработку персональных данных согласен.

Дата

Подпись

СОГЛАСОВАНО:

Куратор \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Директор ИВиДПО \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных обучающихся**

Я, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_

зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность паспорт гражданина РФ:  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_ (дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку **ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России**, расположенному по адресу: Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), фотография, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), место работы, данные о состоянии здоровья, данные об образовании, данные трудовой книжки, данные документа воинского учета, банковские реквизиты в целях оказания научно-образовательных услуг, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мною научно-образовательных услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обучения следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;
- контролирующим органам: Минздраву России, Минобрнауки России, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, ФГБУ Интеробразование, иным государственным органам;
- электронным базам учета: единая информационная система приема в ординатуру, ФИС ФРДО, ФИС ФРДО ДПО.

Срок хранения моих персональных данных: бессрочно.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ расшифровка подписи