|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Фотография** | *В обязательном порядке необходимо предоставить высокого качества фотографию в электр. варианте для дальнейшего размещения на корпоративном сайте и на стенде врачей «ЛОДЭ».*  ***Обязательные требования:*** *портретная съемка, медицинская форма (белый халат, без избытка украшений, опрятный вид, для мужчин - галстук), уложенные волосы и/или прическа, аккуратный дневной макияж (для женщин). Улыбка обязательна!*  ***Анкеты и фотографии*** *присылайте на электронную почту:****it\_site@mail.lode.by*** | | | | | | | | |
| **2** | **Ф.И.О.**  *(полные данные)* |  | | | | | | | | |
| **Дата рождения:** | | | |  | | | | | |
| **Адрес местожительства:** | | | |  | | | | | |
| **Мобильный телефон:** | | | | **+375** | | | | | |
| **Электронная почта:** *(разборчиво)* | | | |  | | | | | |
| **3** | **Специальность:** (*полные данные)* | | | |  | | | | | |
| **4** | **Квалификационная категория:** | | | |  | | | | | |
| **Ученая степень:** | | | |  | | | | | |
| **Ученое звание:** | | | |  | | | | | |
| **5** | **Стаж работы в данной области***(указать, с какого года)* | | | | | |  | | | |
| **6** | **Стаж работы в ООО «ЛОДЭ»***(указать, с какого года)* | | | | | |  | | | |
| **7** | **Подразделение:** | |  | | | | | | | |
| **8** | **Филиалы:** | | | | | | **Гикало, 1** | | | |
| **Независимости, 95** | | | |
| **Независимости, 58А** | | | |
| **Победителей, 133** | | | |
| **Сурганова, 39** | | | |
| **Притыцкого,140 (Операционный блок)** | | | |
| **Притыцкого,140** | | | |
| **г. Брест,Пионерская, 50** | | | |
| **г. Брест, Гоголя, 54** | | | |
| **г. Гродно,Замковая, 4** | | | |
| **г. Гродно, Полиграфистов, 2** | | | |
| **г. Витебск, ул. Ленина, д.11** | | | |
| **9** | **Образование***(год окончания, полное наименование учебного заведения)* | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **10** | **Специальность по диплому** | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **11** | **Ординатура***(год окончания, полное наименование учебного заведения)* | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **12** | **Аспирантура** *(год окончания, полное наименование учебного заведения)* | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **13** | **Взрослый/детский:** | | | | Детский Возраст от | | | | | |
| Взрослый | | | | | |
| **14** | **Вид занятости:** | | | | Основной | | | | | |
| Совместитель | | | | | |
| **16** | **Профессиональные достижения**  *(- прошел(а): cпециализацию; ординатуру, аспирантуру, стажировку за границей*  *- в совершенстве владеет методиками: курсы повышения квалификации – название,***без года и учереждения**  ***-*** *принимал(а) участие: конференции, симпозиумы, конгрессы – указать место их проведения,****названия тем не указывать***  *- заслуги: отличник здравоохранения , медали гранды и др.)* | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **17** | **Перечень манипуляций, по которым ведётся приём**  *(Предполагается выбор из приложения со списком услуг, которые выполняются в МЦ по данному направлению, перечислить услуги)* | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **18** | **Интервал приёма для записи**  *(Необходим для составления расписания в МедУчете)* | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_мин. | | | | | | |
| **19** | **Владение иностранным языком***(проведение приема на иностранном языке***):** | | | Да Каким именно: | | | | | | |
| Нет | | | | | | |
| **20** | **Трудовая деятельность:** *(текущееместо работы, кроме МЦ «ЛОДЭ» - должность, ставка,вид занятости, начало работы)* | | | Учреждение | | Должность | | Обем работы (0,25/0,5/0,75 ставки) | Вид занятости (основ./ совмест.) | Дата начала |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |

Достоверность предоставленной информации гарантирую.

Обязуюсь обо всех изменениях в трудовой деятельности извещать в пятидневный срок.

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

(дата) (подпись)