**Ձև N3**

**ՀՀ առողջապահության նախարար**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

անուն, ազգանուն

**ՀԱՅՏ**

**ԱՐՏԵՐԿՐԻ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՆԵՐՈՒՄ/ԳԻՏԱՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆՆԵՐՈՒՄ չկրեդիտավորված վերապատրաստման դասընթացիՆ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿՐԵԴԻՏՆԵՐԻ ՇՆՈՐՀՄԱՆ**

|  |
| --- |
| 1. Դիմողի անուն, ազգանուն, հայրանուն՝\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դիմողի մասնագիտություն(ները) (ինչպես նշված է դիպլոմում)՝\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Կոնտակտային տվյալներ (հեռախոսահամար, էլ. փոստ)՝\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դասընթացի անվանումը և ոլորտը՝\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դասընթացի ժամկետները (սկիզբը և ավարտը)՝\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դասընթացի անցկացման վայրը (երկիրը, քաղաքը, կլինիկան/գիտահետազոտական կենտրոնը և բաժանմունքը)՝\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դասընթացի ժամերը օրական կտրվածքով՝ հաստատված/վավերացված համապատասխան կառույցի կողմից (եթե առկա է)՝\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դասընթացը վարող մասնագետ(ներ)ի անուն(ներ)ը, ազգանուն(ներ)ը, պաշտոն(ներ)ը և կոնտակտային տվյալները՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Դասընթացի ֆինանսավորման աղբյուր(ներ)ը՝ դրամաշնորհ/կրթաթոշակ (ընդգծել և ստորև նշել դրամաշնորհը/կրթաթոշակը տրամադրող կազմակերպության, հիմնադրամի և /կամ անհատի անունը), անձնական միջոցներ կամ այլ (մանրամասնել)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Հասցե՝ ———————————— |
| 1. Անձնագրային տվյալներ (սերիա, համար, ում կողմից է տրված, վավերականության ժամկետ)՝ ——————————— |

**Կից ներկայացվող փաստաթղթերը և նյութերը՝**

1. Դասընթացի մասնակցությունը և ավարտը հավաստող փաստաթուղթ (վկայական/դիպլոմ կամ այլ),

2. Դասընթացի ծրագիրը (առկայության դեպքում),

3. Տեղեկատվություն կազմակերպչի և դասընթացի կազմակերպման մեջ ներգրավված բոլոր կազմակերպությունների վերաբերյալ՝ հակիրճ բնութագիր,

4. Դասընթացը վարող մասնագետ(ներ)ի ինքնակենսագրությունը:

Դիմող՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(անուն, ազգանուն, ստորագրություն) \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_թ.