|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:*na.demynova@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:** | **ул. Ленина, 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:** *(текущее**место 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)