

Ректору ФГБОУ ВО
Астраханский ГМУ МЗ РФ
Башкиной О.А.
д.м.н, профессору
Адрес: 414000, г. Астрахань,
ул. Бакинская дом 121
Телефон: 8 (8512) 52-41-43
Факс: 8 (8512) 55-51-33

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

ГБУ «ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж» приглашает обучающихся - выпускников (очная форма обучения) по специальности среднего профессионального образования 34.02.01 «Сестринское дело» принять участие **19.02.2020** года с **9.00 до 15.00** в Региональном этапе Всероссийской олимпиады профессионального мастерства (далее - Олимпиада). Адрес колледжа: 414057, Астраханская область, г. Астрахань, ул. Н. Островского, 111. Тел. 8(8512)33-02-90.

В соответствии с регламентом организации и проведения регионального этапа Всероссийской олимпиады профессионального мастерства обучающихся по специальностям среднего профессионального образования к участию в Олимпиаде допускаются студенты выпускных групп — победители начального этапа, обучающиеся в средних медицинских и фармацевтических образовательных учреждениях по программам подготовки специалистов среднего звена по специальности 34.02.01 «Сестринское дело».

Для участия в Олимпиаде необходимо направить заявку установленной формы (приложение №1) в срок до **10.02.2020 г. 16 ч. 00 мин.** по электронной почте: mail@abmk.edu.ru

От одной образовательной организации в Олимпиаде могут принять участие **не более трёх студентов.**

Участник Олимпиады должен иметь при себе:

- студенческий билет;
- документ, удостоверяющий личность;
- оригинал заявки;
- специальную одежду: белый халат, шапочка, вторая обувь.

Контакты

1. Танова Светлана Георгиевна, председатель ЦМК «Сестринское дело», e-mail: iana.tanova@mail.ru, тел: 8-927-573-93-75.

2. Медведева Елена Вячеславовна, преподаватель отделения «Сестринское дело», e-mail: fs-elen@yandex.ru, тел: 8-908-613-78-66

Директор ГБУ «ПОО «АБМК»

Н.В. Милёхина



ЗАЯВКА

**для участия в региональном этапе Всероссийской олимпиады
профессионального мастерства
по специальности 34.02.01 Сестринское дело**

Полное наименование учебного заведения	
Группа, курс	
Фамилия, имя, отчество участника	
Ф.И.О. преподавателя, подготовившего участника	
Контактный телефон участника	
Действующий электронный адрес участника	
Согласие на обработку персональных Данных	
Принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных Данных»	
ФИО _____	
Подпись _____	
Число, месяц, год _____	