

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Министерства здравоохранения России)**

**ПРИНЯТО**

решением ученого совета  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Министерства здравоохранения России  
Протокол № от 15.06.2023 №7

**УТВЕРЖДЕНО**

приказом ректора ФГБОУ ВО ЛГМУ  
им. Свт. Луки Министерства  
здравоохранения России  
от 31.07.2023 № 152

**ПРАВИЛА ПРИЕМА НА ОБУЧЕНИЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ**

Луганск

2023 год

## **1. Общие положения**

1.1. Настоящие правила определяют порядок приема слушателей на обучение в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде повышения квалификации, профессиональной переподготовки, стажировки (индивидуальное обучение).

1.2. Правила разработаны в соответствии с:

- Федеральным Законом Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральным Законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 32.3 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказом Министерства здравоохранения России от 10.02.2015 № 83 н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием»;
- Приказом Министерства здравоохранения России от 08.10.2015 № 707 н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;
- Приказом Министерства образования и науки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.08.2012 № 66 н «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 Министерства здравоохранения и социального развития России от 23.07.2010 г. № 541 н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей работников в сфере здравоохранения»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.06.1998 г. № 186 «О повышении квалификации специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (с изменениями от 4 апреля, 26 мая, 5 августа 2003 г.).

## **2. Организация приема заявок и условия приема слушателей на обучение по программам дополнительного профессионального образования**

2.1. Прием специалистов на обучение по дополнительным профессиональным программам осуществляется:

2.1.1. В рамках реализации ежегодно утверждаемого государственного задания на оказание соответствующих государственных образовательных услуг и в

соответствии с учебно-производственным планом подготовки специалистов здравоохранения по программам дополнительного профессионального образования:

- по заявкам органов управления здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований;
- по заявкам руководителей государственных бюджетных и казенных медицинских организаций.

2.1.2. По договорам на оказание платных образовательных услуг.

2.2. Заявки или личные заявления на обучение принимаются не позднее 1 месяца до начала цикла, оформленные в соответствии с прилагаемыми образцами (приложение № 1, № 2, № 3, №4, №5, №6, №7, №8).

2.3. Специалисты медицинских организаций, являющихся клиническими базами Университета, с которыми заключен договор о совместной деятельности, принимаются на обучение в первоочередном порядке при своевременном предоставлении заявок на обучение.

2.4. Заявки на обучение принимаются лично от специалистов, по электронной почте и в виде почтовых отправлений или доставкой курьером.

2.5. Прием на обучение специалистов, работающих в коммерческих медицинских организациях, временно не работающих граждан, осуществляется по договорам на оказание платных образовательных услуг в соответствии с утвержденными расценками.

2.6. Условиями зачисления слушателей для обучения по программам дополнительного профессионального образования является наличие документов, подтверждающих соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам. Университет оставляет за собой право отказать в приеме на обучение по дополнительным профессиональным программам медицинским работникам, документы которых не соответствуют требованиям, предъявляемым законодательством Российской Федерации.

2.7. Прием специалиста на разные циклы обучения, проводимые в одни и те же сроки, не допускается.

2.8. Зачисление на циклы профессиональной переподготовки, повышения квалификации и на стажировку проводится в день начала занятий.

2.9. Зачисление слушателей оформляется приказом по университету.

2.10. Специалисты, опоздавшие к началу обучения, на цикл не зачисляются.

2.11. Для решения спорных вопросов по зачислению на обучение специалистов в Университете создается комиссия.

2.12. Университет не несет ответственность за направление работодателем специалистов на обучение, квалификация которых не соответствует

квалификационным требованиям, установленным действующими нормативными документами.

2.13. Специалисты, имеющие среднее и/или высшее медицинское образование, несоответствующее квалификационным требованиям, могут быть зачислены на циклы профессиональной переподготовки (нормативный срок подготовки составляет свыше 500 часов), при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности от 5 до 10 лет.

2.14. Специалисты, имеющие среднее и/или высшее медицинское образование, не соответствующее квалификационным требованиям, могут быть зачислены на циклы повышения квалификации (нормативный срок обучения от 100 до 500 часов) при наличии документов, подтверждающих непрерывный стаж практической работы по соответствующей медицинской специальности 10 лет и более.

### **3. Документы, необходимые для зачисления на обучение по программам дополнительного профессионального образования и порядок их предоставления**

3.1. Заявка или личное заявление (приложение №1, №2, №3, №4, №5, №6, №7, №8).

3.2. Перечень необходимых документов на циклы или стажировку, прилагаемых к заявке или личному заявлению:

- заверенная отделом кадров (для работающих) или нотариально (для неработающих) копия диплома об окончании учебного заведения (при изменении фамилии, имени, отчества – заверенная копия документа);
- заверенная отделом кадров или нотариально копия удостоверения об интернатуре и/или ординатуре;
- заверенная отделом кадров или нотариально копия документа о профессиональной переподготовке по специальности (диплом);
- заверенная отделом кадров или нотариально копия о предыдущих повышениях квалификации по специальности;
- заверенная отделом кадров или нотариально копия сертификата специалиста;
- заверенная постранично отделом кадров или нотариально копия трудовой книжки, с указанием даты заверения (для отдела кадров – запись на последней странице «Работает по настоящее время»);
- для лиц, получивших профессиональную подготовку в иностранных государствах, необходимо также подтверждение Министерства образования и науки Российской Федерации о соответствии диплома врача.

3.3. Все документы, необходимые для зачисления, включая паспорт, путевку и оригиналы, по прибытии на циклы обучения по программам дополнительного профессионального образования, специалист обязан лично представить в деканат факультета последипломного образования.

Кафедра не вправе допускать к занятиям специалистов без оформленной путевки или билета слушателя факультета последипломного образования.

#### **4. Хранение Положения**

- 4.1. Положение вступает в силу с момента утверждения приказом ректора.
- 4.2. Проект Положения с листом согласования хранится в ученом совете, утвержденный экземпляр Положения - в административно-правовом управлении, сканированный образ – на официальном сайте в сети Интернет.

СНИЛС \_\_\_\_\_

**ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА СЛУШАТЕЛЯ**

1. Наименование цикла \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

3. Дата рождения

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

(день, месяц, год)

4. Паспорт \_\_\_\_\_

серия, номер, дата выдачи,

наименование органа, выдавшего документ

5. Адрес места жительства

по документу, удостоверяющему личность

телефон

6. Наименование ВУЗа (факультета) и год его окончания

7. Диплом (копия) \_\_\_\_\_ Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

8. Место работы

индекс, адрес, наименование учреждения

9. Должность на момент заполнения (с указанием специальности)

10. Общий врачебный стаж \_\_\_\_\_ 11. Стаж работы по специальности \_\_\_\_\_

12. Кем командирован

13. Послевузовское образование

интернатура, ординатура, аспирантура- с указанием специальности

14. Профессиональная переподготовка

документ об окончании с указанием серии и № документа

15. Сведения о цикле повышения квалификации

последнее повышение квалификации по данной специальности:

наименование образовательного учреждения, дата начала, дата окончания, кол-во часов,

наименование документа об окончании с указанием серии, №, даты выдачи

16. Дата прибытия на обучение « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

17. Дата выезда « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

18. Согласен на обработку персональных данных

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Минздрава России  
А.В. Торбе

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. заявителя

### Заявление

Прошу зачислить меня слушателем по дополнительной профессиональной программе

\_\_\_\_\_  
повышения квалификации/профессиональной переподготовки  
по специальности \_\_\_\_\_  
по теме \_\_\_\_\_  
с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

С Уставом образовательной организации, лицензией на право ведения образовательной деятельности, Правилами приема на обучение по программам дополнительного профессионального образования ознакомлен(а).

Согласен на обработку моих персональных данных, предусмотренную частью 3 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт.Луки  
Минздрава России  
А.В. Торбе

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. заявителя

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_,  
обучающийся по дополнительной профессиональной программе

\_\_\_\_\_  
повышения квалификации/профессиональной переподготовки

По специальности \_\_\_\_\_  
по теме \_\_\_\_\_

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. даю  
своё согласие на обучение с применением дистанционных образовательных  
технологий и электронного обучения.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Минздрава России  
А.В. Горбе

\_\_\_\_\_ (занимаемая должность)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

### Заявление

Прошу Вас выделить бюджетную путевку по программе :

1. цикла повышения квалификации по теме

\_\_\_\_\_ (наименование цикла обучения)

2. цикла повышения квалификации по специальности

\_\_\_\_\_ с последующей

\_\_\_\_\_ (наименование цикла обучения)

сдачей сертификационного (квалификационного) экзамена

3. цикла профессиональной переподготовки по специальности

\_\_\_\_\_ (наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

- без отрыва от производства, по индивидуальному графику;

- с отрывом от производства, с сохранением средней заработной платы

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Согласовано

1. \_\_\_\_\_

(должность руководителя подразделения)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

2. Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов

Санина Е.В. \_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Учтено	Подпись	Дата
Отдел кадров		

Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Минздрава России  
А.В. Горбе

\_\_\_\_\_ (занимаемая должность)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

### Заявление

Прошу Вас выделить бюджетную путевку по программе :

1. цикла повышения квалификации по теме

\_\_\_\_\_ (наименование цикла обучения)

2. цикла повышения квалификации по специальности

\_\_\_\_\_ с последующей

\_\_\_\_\_ (наименование цикла обучения)

сдачей сертификационного (квалификационного) экзамена

3. цикла профессиональной переподготовки по специальности

\_\_\_\_\_ (наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

- без отрыва от производства, по индивидуальному графику;

- с отрывом от производства, с сохранением средней заработной платы

\_\_\_\_\_ (подпись)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

Согласовано

1. \_\_\_\_\_  
(должность руководителя подразделения)

\_\_\_\_\_ (подпись)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (инициалы, фамилия)

2. проректор по учебной работе

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Учтено	Подпись	Дата
Отдел кадров		

Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Минздрава России  
А.В. Горбе

\_\_\_\_\_

(занимаемая должность)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

### Заявление

Прошу Вас заключить договор по программе:

1. цикла повышения квалификации по теме

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

2. цикла повышения квалификации по специальности

\_\_\_\_\_ с последующей

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

сдачей сертификационного (квалификационного) экзамена

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

3. цикла профессиональной переподготовки по специальности

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(подпись)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(инициалы, фамилия)

\_\_\_\_\_

(контактный телефон)

(выбрать один из вариантов обучения)

Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Минздрава России  
А.В. Горбе

\_\_\_\_\_

(занимаемая должность)

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

### Ходатайство

Организация \_\_\_\_\_ просит Вас заключить договор по программе :

1. повышения квалификации по теме

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

2. повышения квалификации по специальности

\_\_\_\_\_ с последующей

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

сдачей сертификационного (квалификационного) экзамена

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

3. цикла профессиональной переподготовки по специальности

\_\_\_\_\_

(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(Руководитель ФИО)

подпись  
М.П.

Ректору  
ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки  
Минздрава России  
А.В. Горбе

\_\_\_\_\_  
(занимаемая должность)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Ходатайство

Организация \_\_\_\_\_ просит Вас выделить бюджетную путевку по программе :  
1. повышения квалификации по теме

\_\_\_\_\_  
(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

2. повышения квалификации по специальности

\_\_\_\_\_ с последующей  
(наименование цикла обучения)

сдачей сертификационного (квалификационного) экзамена

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

3. цикла профессиональной переподготовки по специальности

\_\_\_\_\_  
(наименование цикла обучения)

с " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ по " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(Руководитель ФИО)

подпись  
М.П.

Документ разработал:

Декан ФПО

Е.В. Санина

СОГЛАСОВАНО:

Проректор  
по научно-педагогической работе

В.В. Биби́к

Проректор  
по клинической работе

Е.Б. Комарова

*Замосейкина*  
Начальник юридического отдела

*Н.А. Замосейкина*  
Н.А. Крупко