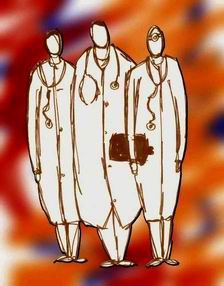
ՀԱՅ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՖՈՆԴ

ՀԱՅ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՖՈՆԴԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԱՎԱՐՏՆԵՐԻ ՄԻՈՒԹՅՈՒՆ

Նկար

ԴԻՄՈՒՄ

## Խնդրվում է դիմումի ձևին կցել՝

\*Մեկ լուսանկար 3x4սմ չափի

\* Բժշկական համալսարանի դիպլոմի պատճեն

\* Հետբուհական մասնագիտացման դիպլոմի պատճեն

\*Անձնագրի պատճեն

\*Տեղեկանք աշխատավայր(եր)ից

Նշեք վերապատրաստման՝ Ձեզ համար նախընտրելի ժամանակահատվածները (ամիս)

----------------------------------------—————————————

|  |  |
| --- | --- |
| **1․ Անձնական տեղեկություններ** | |
| Ազգանուն, Անուն, Հայրանուն |  |
| Ծննդյան օր/ամիս/տարի |  |
| Բնակարանի հասցեն |  |
| Բջջային հեռախոսահամար(ներ) |  |
| Էլեկտրոնային փոստ (պարտադիր) |  |
| Վերապատրաստման ընթացքում բնակարանի կարիք Երևանում |  կարիք ունեմ  կարիք չունեմ |
| **2․Աշխատանքային փորձ** | |
| Աշխատավայր |  |
| Պաշտոն |  |
| Ժամանակահատված |  |
| **2․1 Ներկա մասնագիտական գործունեություն** | |
| Ներկա մասնագիտական գործունեություն |  |
| Բժշկական հաստատություն, բաժանմունք |  |
| Աշխատավայրի հասցեն |  |
| Աշխատավայրի հեռախոսահամարը |  |
| Աշխատավայրի էլեկտրոնային փոստը (պարտադիր) |  |
| **2․2 Համատեղությամբ աշխատանք** | |
| Պաշտոն |  |
| Բժշկական հաստատություն, բաժանմունք |  |
| **3. Կրթությունը** | |
| ԲՈՒՀը/ֆակուլտետը/ ուսումնառության տարեթիվը |  |
| Հետբուհական մասնագիտացում (օրդինատուրա)/մասնագիտությունը/ ուսումնառության տարեթիվը |  |
| **4. Մասնակցել եք արդյո՞ք (վերջին 3 տարիներին)շարունական մասնագիտական զարգացման ծրագրերի։ Նշել միայն 2 և ավել շաբաթ տևողությամբ դասընթացները** | |
| Վերապատրաստման թեման/վայրը/ ժամկետը |  |
| Վերապատրաստման թեման/վայրը/ ժամկետը |  |
| Վերապատրաստման թեման/վայրը/ ժամկետը |  |
| **5․ Մասնակցել եք արդյո՞ք Հայ օգնության ֆոնդի շարունակական մասնագիտական զարգացման ծրագրին** |  այո  ոչ |
| **Եթե այո ապա՝** |  |
| Վերապատրաստման թեման(ները) |  |
| Վերապատրաստման տարեթիվ(եր)ը |  |
| **6․ Ձեր նախընտրած թեման (նշել մեկ թեմա)** |  |
| **7․Համառոտ Ներկայացնել վերապատրաստման ծրագրին դիմելու նպատակը (հիմնավորել կարիքը)** |  |

# 8. Լրացնել դիմումի ձևը և հանձնել ՀՕՖ-ի գրասենյակի ընդունարանի աշխատակցին։

# Հասցե՝ք. Երևան, Խորենացու 22

# հեռ: (060) 52 66 60

Ես հաստատում եմ, որ այս դիմումում նշված տեղեկությունը ամբողջական է և ճշգրիտ:

Ստորագրություն\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ամսաթիվ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_