



Электронная цифровая подпись

 F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A	председатель Ученого Совета	Лысов Н.А.
 F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9	ученый секретарь Ученого Совета	Бунькова Е.Б.

СОГЛАСОВАНО:

 F C 9 3 E 9 6 B C 8 C 2 1 1 E 9	Первый проректор по учебно-воспитательной работе	И.О. Прохоренко
 D 0 0 4 B 2 9 C 2 6 3 4 1 1 E A	Проректор по учебно-воспитательной работе	Е.Г.Зарубина
 F C 9 3 E 9 3 5 C 8 C 2 1 1 E 9	Проректор по непрерывному образованию.	Т.В. Моисеева
 F C 9 3 E 9 3 0 C 8 C 2 1 1 E 9	Проректор по информационным технологиям	Ю.Л. Минаев
 F C 9 3 E 9 8 7 C 8 C 2 1 1 E 9	Заведующий учебно-методическим отделом	Е.В. Самыкина
 8 1 F 1 D 2 7 5 4 5 0 5 1 1 E B	Председатель Совета обучающихся	А.А. Краснова
 A 3 7 3 8 F B 5 4 5 0 5 1 1 E B	Председатель Совета родителей	И.А. Краснова

Утверждено
приказом первого проректора
«22 » апреля 2020 № 49Д/07-06

**ПРАВИЛА
ПРИЕМА НА ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММАМ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Общие положения
2.	Нормативные документы
3.	Термины, определения, обозначения и сокращения
4.	Виды и основы обучения по программам дополнительного профессионального образования
5.	Условия Порядок зачисления на обучение по программам дополнительного профессионального образования
6.	Порядок изменения и дополнения настоящих Правил

1. Общие положения

1.1. Настоящие «Правила приема на обучение по программам дополнительного профессионального образования в медицинский университет «Реавиз» (далее - Правила) являются локальным актом Университета и регламентирует порядок/правила приема слушателей на обучение по образовательным программам дополнительного профессионального образования - программам повышения квалификации и программам профессиональной переподготовки в Медицинский университет «Реавиз» (далее также - Университет).

1.2. Требования настоящих Правил обязательны для обучающихся Университета по дополнительным профессиональным программам и лиц, замещающих должности профессорско-преподавательского состава Университета.

1.3. К освоению программам дополнительного профессионального образования в Университете допускаются лица, имеющие среднее профессиональное и (или) высшее медицинское и (или) фармацевтическое образование; лица, получающие указанное среднее профессиональное и (или) высшее образование, а также лица, не имеющие или не получающие указанного профессионального образования и допущенные к ведению медицинской и (или) фармацевтической деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.4. Университет осуществляет обучение по дополнительной профессиональной программе на основе договора об образовании, заключаемого со слушателем и (или) с физическим или юридическим лицом, обязующимся оплатить обучение лица, зачисляемого на обучение, либо за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации.

1.5. Обучение в Университете по дополнительным профессиональным программам ведется на русском языке.

2. Нормативные документы

Настоящие Правила разработаны на основании и с учетом:

Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Федерального закона от 27.07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

приказа Минздрава России от 03.08.2012 № 66н «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»;

приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»;

приказа Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

приказа Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;

иных нормативных и рекомендательных актов по вопросам организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, устава Университета.

3. Термины, определения, обозначения и сокращения

Для целей настоящих Правил используются следующие термины, определения, обозначения и сокращения:

Университет, Медицинский университет «Реавиз» - частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»;

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ДПП - дополнительные профессиональные программы;

ДПП ПК - дополнительные профессиональные программы повышения квалификации;

ДПП ПП - дополнительные профессиональные программы профессиональной переподготовки).

ФПДО – факультет последиplomного дополнительного образования

Слушатели (обучающиеся) – лица, осваивающие дополнительные профессиональные программы в Университете.

4. Виды и основы обучения по программам дополнительного профессионального образования

4.1. ДПО осуществляется посредством реализации в Университете дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации (далее - ПК) и программ профессиональной переподготовки (далее - ПП), в том числе в рамках непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

4.2. Обучение по программам ПК и (или) программам ПП (далее также соответственно - курсы ПК и ПП) проводятся факультетом дополнительного профессионального образования (далее - ФДПО) и другими структурными подразделениями Университета, ведущими подготовку по программам ДПО.

4.3. Формы обучения и сроки освоения ДПП определяются Университетом и (или) договором об образовании.

4.4. Срок освоения ДПП обеспечивает возможность достижения планируемых результатов обучения.

4.5. Программа ПК направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации.

4.6. Программа профессиональной переподготовки направлена на получение компетенции, необходимой для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

4.7. Минимально допустимый срок освоения программ ПК не может быть менее 16 часов, а срок освоения программ ПП - менее 250 часов.

4.8. Прием на обучение проводится в течение всего календарного года в соответствии с календарным планом.

4.9. Обучение по программам ПК и ПП осуществляется в очной форме.

4.10. Зачисление на обучение по программам ДПО производится по заявлению о зачислении на обучение по соответствующей программе ДПО.

5. Порядок зачисления на обучение по программам дополнительного профессионального образования

5.1. Для приема на обучение по программам ДПО поступающий подает заявление о приеме на обучение по программам ДПО (далее также – заявление о приеме) с представлением необходимых документов.

Образцы заявлений о приеме приведены в приложениях 1 – 3 к настоящим Правилам.

5.2. При подаче заявления о приеме поступающий представляет:

а) согласие на обработку персональных данных;

б) документ, удостоверяющий личность;

в) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;

г) копию документа, подтверждающую изменение фамилии, имени, отчества (при необходимости), без заверения;

д) копии документов, подтверждающих соответствие уровня профессионального образования квалификационным требованиям, предъявляемым к соответствующим специалистам с медицинским или фармацевтическим образованием:

- диплома о среднем и/или высшем медицинском и/или фармацевтическом образовании;
- диплома об окончании интернатуры и (или) ординатуры;
- диплома о профессиональной переподготовке (при необходимости);

е) копию трудовой книжки (при наличии и при необходимости) или иного документа, подтверждающего стаж работы по специальности (при наличии), с записью «работает по настоящее время»;

ж) документы об образовании и (или) квалификации, признаваемые законодательством Российской Федерации, легализованные и переведенные на русский язык, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации - для лиц, получивших высшее профессиональное медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах.

5.3. Поступающие зачисляются на обучение по программам ДПО приказом по Университету.

5.4. Прием на обучение по программам ДПО, зарегистрированным на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России по адресу www.edu.rosminzdrav.ru, осуществляется с учетом алгоритмов подачи документов на указанном портале.

5.6. Факт ознакомления Университетом поступающего о реализации программы ПК (ее части) с применением дистанционных образовательных технологий для обеспечения возможности правильного выбора программы ПК фиксируется в заявлении. Образец такого заявления приведен в приложении № 2 к настоящим Правилам.

5.7. Основания для отказа в зачислении на обучение по программам ДПО:

- квалификация поступающего не соответствует квалификационным требованиям, установленным действующими нормативными актами;
- предоставлен не все документы, необходимые в соответствии с настоящими Правилами для зачисления на обучение по программам ДПО.

5.8. Прием на обучение по программам ДПО проводится без вступительных испытаний по результатам рассмотрения документов, представленных поступающими и на основании заключенного договора об образовании.

Решение о приеме на обучение принимается по результатам рассмотрения документов, представленных поступающими и оформляется приказом по Университету о зачислении на обучение по соответствующей программе ДПО.

5.9. Прием поступающего на разные программы обучения, реализуемые в очной форме и проходящие в одно и то же время, не допускается.

5.10. При приеме на обучение Университет проводит ознакомление слушателя с Уставом Университета, лицензией на осуществление образовательной деятельности, другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями слушателей.

6. Порядок изменения и дополнения настоящих Правил

6.1. Настоящие Правила могут быть отменены, изменены или дополнены в связи с изменениями и дополнениями в законодательстве Российской Федерации, изменением Устава Университета или изменением видов деятельности.

6.2. Изменения и дополнения в настоящие Правила утверждаются в том же порядке, в каком было утверждены настоящие Правила.

Первому проректору по учебно-воспитательной работе Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»
От гр.

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Гражданство _____ Паспортные данные: серия _____ номер _____ Когда и кем выдан: _____ г. _____ _____
--	---

Адрес места регистрации: _____
(индекс, адрес постоянной прописки)

Адрес места проживания: _____
(если не соответствует адресу места регистрации)

СНИЛС _____

Телефон: _____ E-mail _____
(домашний) (сотовый) (рабочий)

Окончившего(ей) _____
(Год окончания, наименование учебного заведения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по программе **повышения квалификации**

по специальности _____

Выполняемая работа _____

(наименование, адрес предприятия, должность)

Общий трудовой стаж к моменту поступления в данное высшее учебное заведение

Стаж работы по данной специальности (в данной должности) к моменту поступления в данное высшее учебное заведение _____

О деятельности и преимуществах обучения в Медицинском университете «Реавиз» мне стало известно:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - по радио; | <input type="checkbox"/> - из газеты (журнала); |
| <input type="checkbox"/> - из телевидения | <input type="checkbox"/> - иным способом; |
| <input type="checkbox"/> - от знакомых: | |

(Укажите Ф.И.О. лица порекомендовавшего Вам Медицинский университет «Реавиз»)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами внутреннего распорядка, правилами приема, образовательной программой, моими правами и обязанностями, условиями договора платных образовательных услуг Медицинского университета «Реавиз», ознакомлен(а), согласен (а):

Подпись поступающего _____

В порядке, установленном Федеральным законом от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, на срок: до и во время моего обучения:

Подпись поступающего _____

" _____ " _____ 20__ г.

Первому проректору по учебно-воспитательной работе Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»
От гр.

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Гражданство _____ Паспортные данные: серия _____ номер _____ Когда и кем выдан: _____ г. _____ _____
--	---

Адрес места регистрации: _____
(индекс, адрес постоянной прописки)

Адрес места проживания: _____
(если не соответствует адресу места регистрации)

СНИЛС _____

Телефон: _____ E-mail _____
(домашний) (сотовый) (рабочий)

Окончившего(ей) _____
(Год окончания, наименование учебного заведения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по программе повышения квалификации

по специальности _____

Выполняемая работа _____
(наименование, адрес предприятия, должность)

Общий трудовой стаж к моменту поступления в данное высшее учебное заведение

Стаж работы по данной специальности (в данной должности) к моменту поступления в данное высшее учебное заведение _____

О деятельности и преимуществах обучения в Медицинском университете «Реавиз» мне стало известно: _____

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами внутреннего распорядка, правилами приема, образовательной программой, моими правами и обязанностями, условиями договора платных образовательных услуг Медицинского университета «Реавиз», ознакомлен(а), согласен (а):

Подпись поступающего _____

Подтверждаю, что Медицинский университет «Реавиз» довел до меня информацию о реализации программы (ее части) с применением дистанционных образовательных технологий, что обеспечило возможность правильного выбора программы

Подпись поступающего _____

В порядке, установленном Федеральным законом от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, на срок: до и во время моего обучения:

Подпись поступающего _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 3

Первому проректору по учебно-воспитательной работе Частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз»
От гр.

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Гражданство _____ Паспортные данные: серия _____ номер _____ Когда и кем выдан: _____ г. _____ _____
--	---

Адрес места регистрации: _____
(индекс, адрес постоянной прописки)

Адрес места проживания: _____
(если не соответствует адресу места регистрации)

СНИЛС _____

Телефон: _____ E-mail _____
(домашний) (сотовый) (рабочий)

Окончившего(ей) _____
(Год окончания, наименование учебного заведения)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на обучение по программе профессиональной переподготовки
по специальности _____

Выполняемая работа _____
(наименование, адрес предприятия, должность)

Общий трудовой стаж к моменту поступления в данное высшее учебное заведение _____

Стаж работы по данной специальности (в данной должности) к моменту поступления в данное высшее учебное заведение _____

О деятельности и преимуществах обучения в Медицинском университете «Реавиз» мне стало известно:

- по радио; - из газеты (журнала);
 - из телевидения - иным способом;
 - от знакомых:

(Укажите Ф.И.О. лица порекомендовавшего Вам Медицинский университет «Реавиз»)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами внутреннего распорядка, правилами приема, образовательной программой, моими правами и обязанностями, условиями договора платных образовательных услуг Медицинского университета «Реавиз», ознакомлен(а), согласен (а):

Подпись поступающего _____

В порядке, установленном Федеральным законом от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, на срок: до и во время моего обучения:

Подпись поступающего _____

" _____ " _____ 20 _____ г.