Директору ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

профессору В.В. Шпраху

врача/выпускника (*выбрать нужное*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать место работы или учебы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**З А Я В Л Е Н И Е**

### Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе в ординатуру на места (*подчеркнуть нужное*):

### - в рамках контрольных цифр приёма (общий конкурс)

### - в рамках контрольных цифр целевого приема

- на коммерческой основе по договору об оказании платных образовательных услуг

по специальности  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

### О себе сообщаю следующие сведения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Дата рождения |  |
| 2 | Место рождения |  |
| 3 | Гражданство |  |
| 4 | Паспорт: серия, №, кем и когда выдан |  |
| 5 | Зарегистрирован по адресу |  |
| 6 | Диплом об окончании вуза (наименование вуза, специальность, серия, №, дата выдачи) |  |
| 7 | Сертификат специалиста (*при наличии*):  серия, №, дата выдачи |  |
| 8 | Свидетельство об аккредитации специалиста / выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии |  |
| 9 | СНИЛС |  |
| 10 | Индивидуальные достижения |  |
| 11 | Телефон  Телефон родителей |  |
| 12 | E-mail |  |

Создание специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью требуется / не требуется (выбрать нужное)

В общежитии нуждаюсь / не нуждаюсь (выбрать нужное).

Способ возврата документов в случае непоступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, с копией лицензии на право осуществления образовательной деятельности, с копией свидетельства о государственной аккредитации, с локальными актами ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С датой завершения приема оригинала диплома об образовании и квалификации

ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С правилами приема, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Ознакомлен (а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Диплом об окончании ординатуры или диплом об окончании интернатуры (по той же специальности, которая указана в заявлении) (для поступающих на обучение на места в рамках контрольных цифр) не имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

На обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на размещение фамилии, имени, отчества и результатов вступительных испытаний в открытом доступе согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**Представляю следующие документы:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Перечень документов | Отметка о сдаче  документов |
| 1 | Заявление (на бланке) |  |
| 2 | Копия документа, удостоверяющего личность |  |
| 3 | Копия/оригинал диплома о высшем образовании с приложением |  |
| 4 | Свидетельство об аккредитации специалиста / выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии |  |
| 5 | Сертификат специалиста |  |
| 6 | Копия военного билета / приписного удостоверения |  |
| 7 | Копия СНИЛС |  |
| 8 | Фотографии 3х4 в количестве 4 шт. |  |
| 9 | Копии документов, подтверждающих индивидуальные достижения, в количестве ….. ….шт. |  |
| 10 | Копии документов, подтверждающих ограниченные возможности здоровья |  |
| 11 | Копия договора о целевом обучении |  |
| 12 | Направление на целевое обучение |  |
| 13 | Иные документы |  |

Дата Подпись лица, поступающего в ординатуру\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись лица, принявшего документы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_