|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору  ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ  Погонченковой И.В.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. полностью)  Сведения о гражданстве\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Проживающего (ей) по адресу:  Индекс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. (моб.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. (дом.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу разрешить мне участвовать в конкурсе для обучения по программам высшего образования - программам ординатуры в ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ по специальности **31.08.39 «Лечебная физкультура и спортивная медицина»** на условиях договора об оказании платных образовательных услуг/на бюджетной основе (нужное подчеркнуть).

**СООБЩАЮ ИНФОРМАЦИЮ:**

Дата и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выпускник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование ВУЗа, год окончания)

Диплом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи, специальность)

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского образования и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования):

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений (при наличии индивидуальных достижений – с указанием сведений о них): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| С суммой начисленных баллов, указанных в настоящем заявлении за индивидуальные достижения, согласен (согласна), возражений нет | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| С Уставом, Правилами внутреннего распорядка ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, Лицензией на право осуществления образовательной деятельности ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ от 06 мая 2015 .№ 1429, серия 90Л01, номер бланка 0008428, Порядком приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ в 2020 г., с Правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен (а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| С отсутствием у ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ свидетельства о государственной аккредитации образовательной деятельности ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| С датой завершения приема оригинала документов установленного образца ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| Со способом возврата документов, поданных поступающим для поступление на обучение (в случае непоступления на обучение и в иных случаях) ознакомлен(а)   |  |  | | --- | --- | | Место в общежитии | Не предостваляется | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| Информирован(а) об ответственности за достоверность сведений, указанных в данном заявлении и подлинности представленных документов | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| На обработку персональных данных согласен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |
| Обязуюсь представить оригинал документа установленного образца с приложением или заявление о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг с приложением заверенной копии указанного документа не позднее дня завершения приема оригиналов документов установленного образца | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)* |

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

(Ф.И.О.) (подпись)