Регистрационный номер: \_\_\_\_

Ректору ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России

И.Э. Есауленко

от абитуриента

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

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство: Российская Федерация

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт гражданина Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 серия и номер

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

 кем выдан дата выдачи

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронный адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе по следующим условиям поступления, в соответствии с указанными приоритетами:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Пр.** | **Направление и профиль** | **Форма обучения** | **На места** | **Вид программы** |
| 1 |  | очная |  | ординатура |
| 2 |  | очная |  | ординатура |
| 3 |  | очная |  | ординатура |
| 4 |  | очная |  | ординатура |
| *Пр. — приоритет условия поступления.* |

|  |
| --- |
| Прошу допустить меня к вступительным испытаниям:Письменный экзамен (компьютерное тестирование) Прошу учесть в качестве результатов вступительного испытания (тестирования) результаты:o тестирования в рамках аккредитации 2021 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать название вуза)* тестирования 2021 года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать название вуза)o тестирования в рамках аккредитации 2020 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать название вуза)o тестирования 2020 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать название вуза) Специальность высшего образования в соответствии с дипломом о высшем образовании:o лечебное делоo педиатрияo стоматология |
| Прошу учесть мои достижения: |
| **Достижение** | **Подтверждающий документ** |
|  |  |

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окончил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Документ о полученном образовании: Диплом специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 серия номер

Свидетельство об аккредитации специалиста /выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о полученном образовании в интернатуре или ординатуре за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета с указанием полученной специальности

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

Иностранный язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Трудовой стаж: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В общежитии на период обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Дата подачи заявления «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| Подпись работника приемной комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| С лицензией на право ведения образовательной деятельности и приложениями к ней по выбранному(ым) направлению(ям) подготовки (специальности(ям)) ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| С наличием (отсутствием) свидетельства о государственной аккредитации и приложением к нему по выбранному(ым) направлению(ям) подготовки (специальности(ям)) ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| С датой завершения приема заявления о согласии на зачисление |  |
| С правилами приема, порядком организации конкурса ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| Высшее образование данного уровня получаю впервые | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| Обязуюсь предоставить заявление о согласии на зачисление не позднее дня завершения приема заявления о согласии на зачисление | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |
| С правилами подачи апелляции при приеме по результатам проведения вступительных испытаний, проводимых ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко Минздрава России самостоятельно, дополнительных вступительных испытаний и аттестационных испытаний ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| Достоверность сведений в данном заявлении и подлинность документа о предшествующем образовании подтверждаю | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| Согласен(а) на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г.№152-ФЗ «О персональных данных» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |

Расшифровка подписи

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

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

(фамилия имя отчество поступающего либо доверенного лица полностью) (подпись)

Подпись ответственного лица

приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.