Ректору ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России В.Н. Павлову от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество (полностью)

Дата рождения «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_\_\_\_

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

Сведения о гражданстве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_кем, когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

окончившего (ей) в\_\_\_\_\_\_\_\_году, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование учебного заведения

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

документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

1. Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе по направлениям подготовки: **среднее профессиональное образование (СПО) – медицинский колледж**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень направлений и форм подготовки** | **Бюджет** | **Полное** **возмещение затрат** |
| 34.02.01 Сестринское дело (очная форма) |  |  |
| 31.02.05 Стоматология ортопедическая (очная форма) |  |  |

**ПРИМЕЧАНИЕ:** направление подготовки, места, финансируемые из федерального бюджета или с полным возмещением затрат, необходимо отметить + или ν

1. Прошу допустить меня к вступительным испытаниям, проводимым вузом самостоятельно на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Психологическое тестирование | Лепка |
|  |  |

3. О себе сообщаю дополнительные сведения:

3.1 Нуждаюсь (не нуждаюсь) в создании специальных условий в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью

3.2 Нуждаюсь (не нуждаюсь) в общежитии на период обучения в университете на бюджетной основе

4. Почтовый адрес и (или) электронный адрес, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

5. Документы представлены лично/доверенным лицом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ доверенность № \_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. оригинал или копия (*нужное подчеркнуть*)

В случае не поступления на обучение прошу вернуть оригиналы лично/доверенному лицу, **после предъявления расписки** (*нужное подчеркнуть*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего/доверенного лица

6. - с Уставом;

- с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);

- с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением);

- с датами завершения представления поступающими оригинала документа установленного образца в ВУЗ;

- с правилами приема, утверждаемыми организацией самостоятельно, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний, проводимых организацией самостоятельно;

- с порядком зачисления на места с оплатой стоимости обучения

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

 подпись поступающего/доверенного лица

Среднее профессионально образование получаю впервые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись поступающего/доверенного лица

Выражаю согласие на получение и передачу моих персональных данных третьей стороне путём подачи и получения запросов в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись поступающего/доверенного лица

Несу ответственность за достоверность информации и подлинность документов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись поступающего/доверенного лица

Дата заполнения заявления «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись поступающего/доверенного лица расшифровка подписи