



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

приклеить

ФОТОГРАФИЮ

Ректору ФГБОУ ВО БГМУ
Минздрава России,
академику РАН,
профессору Павлову В.Н.

ЗАЯВЛЕНИЕ

от _____
(Ф.И.О. полностью)

Дата рождения _____

Реквизиты документа удостоверяющего личность (паспорт) _____
(серия, №, кем и когда выдан)

Номер СНИЛС _____

Сведения о гражданстве _____

(место работы, должность)

Прошу допустить меня к вступительным экзаменам в аспирантуру:

! В случае поступления по различным условиям поступления приоритетность зачисления отметить
двойной галочкой ✓✓

ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

на бюджетной основе

☐

на коммерческой основе

☐

(нужное отметить галочкой)

по научной специальности _____
(указать шифр и наименование научной специальности)

группа научных специальностей _____
(биологические науки, клиническая медицина, профилактическая медицина, медико-профилактические науки, фармацевтические науки.)

Окончил(а) в _____ году _____

(указать ВУЗ и полученную специальность)

Мною получен диплом специалиста (магистра): _____
(указать серию и номер)

Изучаю иностранный язык _____.

Имею научных статей (по специальности поступления) _____; изобретений _____;
(при наличии приложить список научных трудов (по форме))

Наличие индивидуальных достижений: ДА ☐ НЕТ ☐
(при наличии приложить ксерокопии достижений)

Подпись предполагаемого научного руководителя: _____

В общежитии: нуждаюсь ☐ НЕ нуждаюсь ☐

Необходимо создание специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью ДА ☐ НЕТ ☐

Адрес места проживания: _____

Электронный адрес (e-mail) _____

Контактный телефон (сотовый) _____

Способ возврата документов (в случае непоступления):

- ☐ возвращаются лично поступающему или его доверенному лицу;
- ☐ направляются через операторов почтовой связи общего пользования по указанному адресу.

Я даю свое согласие на обработку моих персональных данных

(подпись поступающего)

1. Ознакомлен(а):

- с копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации организации и приложений к ним или отсутствием копии указанного свидетельства.
- с датой завершения приема оригинала диплома специалиста/магистра (для поступающих в рамках контрольных цифр) или заявления о согласии на зачисление (для поступающих по договорам)
- с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов
- с правилами приема, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний.

2. Подтверждаю, что у меня отсутствует диплом об окончании аспирантуры или диплом кандидата наук (при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр).

3. Подтверждаю, что у меня отсутствуют действительные (не отозванные) заявления о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема, в том числе поданные в другие организации.

(подпись поступающего)

« _____ » _____ 2025 г.