

Председателю приемной комиссии,
ректору АНО ВО «МедСкиллс»
Протопоповой Виктории Александровне

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ
на обучение по образовательным программам
высшего образования – программам ординатуры

От гр.

Фамилия																			
Имя																			
Отчество (при наличии)																			

Дата рождения			.			.								Пол	М	<input type="checkbox"/>	Ж	<input type="checkbox"/>
---------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	-----	---	--------------------------	---	--------------------------

Сведения о гражданстве _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность серия _____ № _____

когда и кем выдан _____

Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета

СНИЛС				-				-				-			
-------	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

Проживающего(ей) по адресу (адрес постоянной регистрации): _____

Адрес проживания (указывается если не совпадает с адресом постоянной регистрации): _____

Телефон: _____, Адрес электронной почты: _____

Сведения о документе об образовании:

Наименование документа: _____

Кем выдан _____

Серия _____ № _____ (наименование учебного заведения) рег. № _____

Дата выдачи _____ «С отличием»

Сведения о прохождении первичной аккредитации специалиста:

Уникальный номер реестровой записи об аккредитации: _____

Специальность _____ Год прохождения _____

(наименование организации, на базе которой проводилась аккредитация)

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры по очной форме обучения с указанием приоритетности зачисления по различным условиям поступления (указать цифрами 1, 2)

Условия поступления	Приоритет
Специальность 31.08.72 Стоматология общей практики по договорам об оказании платных образовательных услуг	

Сведения о вступительном испытании (выбрать один вариант):

<input type="checkbox"/>	Прохожу вступительное испытание в АНО ВО «МедСкиллс»
<input type="checkbox"/>	Прохожу вступительное испытание в _____ (указать организацию)
<input type="checkbox"/>	Прошу учесть один из результатов, предусмотренных подпунктом «а» или подпунктом «б» пункта 4.5 Правил приема, по специальности _____ год прохождения _____ организация _____

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

Индивидуальных достижений не имею

Имею следующие индивидуальные достижения:

Индивидуальные достижения поступающих в соответствии с подпунктами пункта 6.2 Правил приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в Автономную некоммерческую организацию высшего образования «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников) а) / б) / в) / г1) / г2) / г3) / г4) / д) / е) / ж) / з) / и) / л)		Сведения о подтверждающем документе
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

В специальных условиях при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью

Нуждаюсь	<input type="checkbox"/>	Не нуждаюсь	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

Сведения о наличии или отсутствии у поступающего потребности в предоставлении места для проживания в общежитии в период обучения:

В общежитии нуждаюсь	<input type="checkbox"/>	В общежитии не нуждаюсь	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

Способ возврата документов, поданных для поступления на обучение (в случае непоступления на обучение и в иных случаях, установленных Правилами приема)

Направить через операторов почтовой связи общего пользования	<input type="checkbox"/>	Лично	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------	--------------------------

О себе дополнительно сообщаю следующее: _____

Подпись поступающего _____ «___» _____ 20__ г.

Я, _____

С уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере государственной аккредитации образовательной деятельности ознакомлен(а)

_____ (подпись)

С датой (датами) завершения приема документа об образовании (согласия на зачисление) ознакомлен(а)

_____ (подпись)

С Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в Автономную некоммерческую организацию высшего образования «МедСкиллс» (Институт профессионального развития медицинских и фармацевтических работников), в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а)

_____ (подпись)

С необходимостью указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представлении подлинных документов ознакомлен(а).

_____ (подпись)

Подтверждаю, что мною подано заявление (заявления) о приеме одновременно не более чем в 3 организации

_____ (подпись)

Даю согласие на обработку моих персональных данных

_____ (подпись)

С образовательными программами ординатуры, локальными нормативными актами АНО ВО «МедСкиллс», регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а)

_____ (подпись)

Неисполненные, в том числе приостановленные, обязательства по договорам о целевом обучении *имеются / имеются в соответствии с пунктом 3 раздела VIII типовой формы договора о целевом обучении / отсутствуют* (нужное подчеркнуть)

_____ (подпись)