

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 31.08.11 Ультразвуковая диагностика по договорам об оказании платных образовательных услуг	
Специальность 31.08.32 Дерматовенерология 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)