

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	☐	Ж	☐
---------------	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	-----	---	--------------------------	---	--------------------------

Место рождения _____

Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства) _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность серия _____ № _____

когда и кем выдан _____

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

(адрес постоянной регистрации, если адрес регистрации и проживания не совпадает – указываются оба адреса)

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

Телефон: _____, мобильный _____
(с указанием кода города)

Адрес электронной почты: _____

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 документе установленного образца:

Наименование документа: _____

Кем выдан _____
(наименование учебного заведения)

Серия _____ № _____ рег. № _____

Дата выдачи _____ «С отличием» ☐

Документ иностранного государства об образовании представляется со свидетельством о признании иностранного образования, за исключением случаев, указанных в Правилах приема.

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования)

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста / Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии:

Серия _____ № _____ рег. № _____

Дата выдачи _____ специальность _____

Выписка о наличии в ЕГИСЗ данных, подтверждающих факт прохождения лицом аккредитации специалиста

Уникальный номер реестровой записи об аккредитации _____

Дата проведения _____ специальность _____

Сведение о сертификате специалиста (при наличии):

Серия _____ № _____ рег. № _____

Дата выдачи _____ специальность _____

Сведения о вступительном испытании (выбрать один вариант):

☐	Прохожу вступительное испытание в АНО ВО «МедСкиллс»
☐	Прохожу вступительное испытание в _____ (указать организацию)
☐	Прошу учесть один из результатов, предусмотренных подпунктом «а» или подпунктом «б» пункта 4.7 Правил приема (заявление прилагаю)

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

Нуждаюсь	☐	Не нуждаюсь	☐
----------	--------------------------	-------------	--------------------------

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		Сведения о подтверждающем документе
а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)	☐	
б) наличие документа о высшем медицинском образовании и (или) высшем фармацевтическом образовании с отличием	☐	
в) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий	☐	
г) наличие общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (периода военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденного в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась начиная с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования), за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет:		
- от 9 месяцев до полутора лет - в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству)	☐	

- от полутора лет и более - в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству)	☐	
- от 9 месяцев до полутора лет - в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы)	☐	
- от полутора лет и более - в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы)	☐	
д) дополнительно к баллам, предусмотренным подпунктом «г» настоящего пункта, работа в указанных в подпункте «г» настоящего пункта должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках	☐	
е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал» в области медицины и здравоохранения	☐	
ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)	☐	
з) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов	☐	
и) осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней	☐	
л) рекомендация Ученого совета АНО ВО «МедСкиллс»	☐	

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

В общежитии нуждаюсь	☐	В общежитии не нуждаюсь	☐
----------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

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

Лично или лицу по доверенности	☐	Направить через операторов почтовой связи общего пользования	☐
--------------------------------	--------------------------	--	--------------------------

Сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования (для граждан Российской Федерации и лиц, указанных в пунктах 9.3 и 9.6 Правил приема)

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

О себе дополнительно сообщаю следующее: _____

Подпись поступающего (доверенного лица) _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____

С копиями устава, лицензии на осуществление образовательной деятельности (выпиской из реестра лицензий) ознакомлен(а) _____ (подпись)

С информацией об отсутствии свидетельства о государственной аккредитации ознакомлен(а) _____ (подпись)

С датой (датами) завершения приема документа установленного образца ознакомлен(а) _____ (подпись)

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца _____ (подпись)
(если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме)

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 ознакомлен(а) _____ (подпись)

С локальными нормативными актами АНО ВО «МедСкиллс», регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности по программам ординатуры, права и обязанности обучающихся, вопросы приема на обучение по программам ординатуры ознакомлен(а) _____ (подпись)

Подтверждаю список прилагаемых документов к данному заявлению

(нужное выбрать)

1. Оригинал/копия документа (документов), удостоверяющего личность, гражданство.
2. Оригинал/копия документа об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня (документ установленного образца) о высшем медицинском или фармацевтическом образовании по программам специалитета и приложения к нему (сведения о документе установленного образца). Документ государственного образца об уровне образования и о квалификации, полученный до 1 января 2014 года.
3. Оригинал/копия документа иностранного государства об образовании, с свидетельством о признании иностранного образования.
4. Оригинал/копия свидетельства об аккредитации специалиста.
5. Оригинал/копия выписки из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста.
6. Оригинал/копия сертификат специалиста (при наличии).
7. Оригинал/копия документов, подтверждающих индивидуальные достижения.
8. Оригинал/копия военного билета (при наличии).
9. 4 фотографии (3*4 см).
10. Оригинал/копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).
11. В случае смены фамилии - оригинал/копия соответствующего документа.
12. Оригинал/копия документов, подтверждающих ограниченные возможности здоровья для лиц с ограниченными возможностями здоровья.
13. Заявление об учете в качестве результатов вступительного испытания результата, предусмотренного подпунктом «а» или подпунктом «б» пункта 4.7 Правил приема, с указанием специальности, организации, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование), и года прохождения (по желанию поступающего).

Подпись поступающего (доверенного лица) _____

Подпись ответственного сотрудника приемной комиссии _____

« ____ » _____ 20 ____ г.