

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