

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			.			.													

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 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:

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ рег. № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста

№ \_\_\_\_\_ рег. № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

Сведение о сертификате специалиста (при наличии):

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ рег. № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

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 4.7 Правил приема (заявление прилагаю)

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 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)	<input type="checkbox"/>	
б) документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	
г) общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):		
- от 9 месяцев 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)	<input type="checkbox"/>	

- от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)	<input type="checkbox"/>	
- от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)	<input type="checkbox"/>	
д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа в указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках	<input type="checkbox"/>	
е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»	<input type="checkbox"/>	
ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	
к) рекомендация Ученого совета АНО ВО «МедСкиллс»	<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)

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

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 (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме) \_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_ (подпись)

работников), в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а)

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 представляется со свидетельством о признании иностранного образования, за исключением следующих случаев, в которых представление указанного свидетельства не требуется. Документы, полученные в иностранном государстве, представляются легализованными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, либо с проставлением апостиля (за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации и (или) международным договором легализация и проставление апостиля не требуются).
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.