

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ**  
**на обучение по образовательным программам**  
**среднего профессионального образования**

От гр.

Фамилия																			
Имя																			
Отчество (при наличии)																			

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

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: \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе индивидуального  
(персонифицированного) учета (номер страхового свидетельства обязательного пенсионного  
страхования) (при наличии)

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

Сведения о предыдущем уровне образования и документе об образовании и (или)  
документе об образовании и о квалификации, его подтверждающем:

Предыдущий уровень образования: \_\_\_\_\_

Наименование документа: \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_  
(наименование учебного заведения)

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

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на обучение по образовательным программам  
среднего профессионального образования по очно-заочной форме обучения

Условия обучения		
Специальность 34.02.01 Сестринское дело по договорам об оказании платных образовательных услуг		<input type="checkbox"/>

Сведения о наличии или отсутствии у поступающего первоочередного права зачисления:

Да, отношусь к категории	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------

Сведения о наличии или отсутствии у поступающего преимущественного права зачисления:

Да, отношусь к категории	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------

(указать категорию)

(сведения о документе, подтверждающем наличие преимущественного / первоочередного права)

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

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

В общежитии

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

Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений:

Да	<input type="checkbox"/>	Нет	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	-----	--------------------------

(указать достижение(я))

(сведения о документе, подтверждающем наличие индивидуального достижения)

О себе дополнительно сообщаю следующее: \_\_\_\_\_

Подпись поступающего \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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) предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен(а) \_\_\_\_\_ (подпись)

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

Среднее профессиональное образование получаю впервые \_\_\_\_\_ (подпись)

Даю согласие на обработку моих персональных данных, полученных в связи с приемом \_\_\_\_\_ (подпись)

С образовательными программами среднего профессионального образования ознакомлен(а) \_\_\_\_\_ (подпись)

С локальными нормативными актами АНО ВО «МедСкиллс», регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, вопросы приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования 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 (или) документа об образовании и о квалификации.
3. 4 фотографии (3\*4 см).
4. Оригинал/копия страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования (СНИЛС).
5. Оригинал/копия документа, подтверждающего право преимущественного или первоочередного приема.
6. Оригинал/копия документов, подтверждающих индивидуальные достижения.
7. Оригинал документа, подтверждающего инвалидность или ограниченные возможности здоровья, требующие создания особых условий.
8. В случае смены фамилии - оригинал/копия соответствующего документа.
9. Оригинал документа о прохождении обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования).

Подпись поступающего \_\_\_\_\_

Подпись ответственного сотрудника приемной комиссии \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.