

Главному врачу
ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ»
д.м.н., профессору Галкину В.Н.

От:

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество _____	серия _____ № _____
Дата рождения _____	Когда и кем выдан: _____
Место рождения _____	СНИЛС _____

Адрес и вид регистрации: _____

Почтовый адрес: _____

телефон _____ e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на обучение по программе ординатуры **по специальности** _____ по очной (дневной) форме обучения на места с полным возмещением затрат (платная основа) / по целевому направлению (нужное подчеркнуть).

Первичную аккредитацию прошел баллы первичной аккредитации _____

Документ о прохождении аккредитации: _____

Серия _____, № _____, кем и когда выдан _____

Первичную аккредитацию не прошел ,

Прошу допустить меня к первичной аккредитации по следующей программе: _____

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в _____ году образовательное учреждение высшего профессионального образования;

Диплом

Серия _____, № _____, кем и когда выдан _____

Сертификат специалиста по специальности _____

Серия _____, № _____, кем и когда выдан _____

Иностранный язык: английский , немецкий , французский ,другой _____, не изучал

При поступлении имею следующие льготы (особые права) _____

Документ, предоставляющий право на льготы (особые права) _____

Необходимость создания условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью _____

Наличие индивидуальных достижений с детализацией _____

О себе дополнительно сообщаю: _____

Вышеуказанные сведения подтверждаю. Ознакомлен с тем, что за предоставление подложных документов и недостоверных сведений несу ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ. – _____
(подпись поступающего)

Получение высшего образования данного уровня впервые подтверждаю _____
(подпись поступающего)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере профессионального образования – ознакомлен _____
(подпись поступающего)

С Правилами приема на обучение, Уставом и Правилем внутреннего распорядка ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» – ознакомлен _____
(подпись поступающего)

С датой завершения предоставления в приемную комиссию подлинника документа об образовании – ознакомлен _____

С датой завершения предоставления в приемную комиссию документов установленного образца – ознакомлен _____
(подпись поступающего)

С правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний, с датами завершения представления поступающими оригинала диплома о высшем образовании при зачислении на места в рамках контрольных цифр, с датой завершения представления поступающими сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг – ознакомлен _____
(подпись поступающего)

Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных, в том числе: фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографии, образца личной подписи, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451).

В случае поступления на обучение в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» – согласен с передачей своих персональных данных в информационные системы, базы данных Департамента здравоохранения города Москвы с их последующей обработкой согласно действующему Законодательству РФ. _____
(подпись поступающего)

Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучение _____

(подпись поступающего) _____

Ответственное лицо приёмной комиссии: _____
(подпись) (Ф.И.О.)

« _____ » _____ 2023 г.