|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  | Председателю приемной комиссии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, д.м.н., профессору Фисенко А.П.  |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**о приеме на обучение по образовательным программам высшего образования-программам ординатуры |
| **Я**, |

(Фамилия, Имя, Отчество)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | Место рождения | Гражданство: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Документ, удостоверяющий личность: паспорт | серия |  | № |  |
| Когда и кем выдан:  |  |
|  |
| Адрес регистрации (с индексом): |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| Адрес проживания (с индексом): |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Телефон: | мобильный |  |
|   | домашний |  |
|  | Е-mail |  |

|  |
| --- |
| СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и к участию в конкурсе для поступления |
| на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры по специальностям и условиям поступления:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование специальности | Форма обучения | Условия поступления |
| В рамках контрольных цифр приема | В рамках целевой квоты | По договору об образовании |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Окончил(а) в  | \_\_\_\_\_\_ | году образовательное учреждение высшего образования |
|  |
|  (полное название учебного заведения) |
| Документ установленного образца: диплом серия |  | № |  |

 *(код и полное наименование специальности)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| выдан в |  | году | по специальности |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| оригинал |  | копия |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Свидетельство об аккредитации специалиста:  | №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 *(наименование специальности)*

|  |  |
| --- | --- |
| Специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

Сертификат специалиста (при наличии) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование критерия** | **Наличие критерия** |
| Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) |  |
| Документ установленного образца с отличием |  |
| Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования): |  |
| - от одного года до трех лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием |  |
| - от девяти месяцев до двух лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием |  |
| - стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, от девяти месяцев |  |
| Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России: |  |
|  Медалист, победитель, призер Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал" |  |
| Стаж работы в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России |  |
| Публикации в научных журналах, индексируемых в базах данных РИНЦ, Scopus, «Сеть науки» (Web of Science) (в течение трех лет, предшествующих дню завершения приема документов) |  |
| Сведения о знании иностранного языка |  |
| - уровень intermediate |  |
| - уровень upper-intermediate |  |
| - уровень advanced, proficiency |  |
| Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья |  |

**Способ возврата поданных документов** в случае непоступления на обучение:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **лично или доверенному лицу** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **путем направления документов через операторов почтовой связи общего пользования** |

|  |
| --- |
| **Потребность в предоставлении общежития:**  нуждаюсь / не нуждаюсь  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Диплом об окончании ординатуры по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** имею / не имею  |  |
|  | *(подпись поступающего)* |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Диплом об окончании интернатуры по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** имею / не имею \_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *(подпись поступающего)* |

**Я ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:** Копией лицензии на право осуществления образовательной деятельности с приложением;Копией свидетельством о государственной аккредитации с приложением;Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры;Правилами подачи апелляций по результатам проведения вступительного испытания;С датой завершения приема документа установленного образца. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  *(подпись поступающего)* |  |
| **Проинформирован** об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления. |  |
|  | *(подпись поступающего)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Согласен**(а) на обработку представленных персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных». |  |
| **Обязуюсь представить документ установленного образца** не позднее дня завершения приема документа установленного образца – 19 августа 2019 года. | *(подпись поступающего)* |
|  | *(подпись поступающего)* |
| Поступающий: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(расшифровка) | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_. 2019 |
| Заявление и документы принял: Отв. Секретарь приемной комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(расшифровка) | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_. 2019 |