|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | | |