|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование вуза, лицензия, свидетельство о государственной аккредитации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *от* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***Ректору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | | | | | | | | | | |
| Фамилия | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | Гражданство | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Имя | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отчество | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | серия |  | | | | | | | № | | | |  | | | |
| Место рождения | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | Когда и кем выдан: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | |  |  |  | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  | | | |  | |  | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Проживающего(ей) по адресу: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон: дом. - | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | сотовый - | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | рабочий - | | | | |  |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **З А Я В Л Е Н И Е № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **о приеме на обучение по программам ординатуры** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные специальности по следующим условиям поступления на обучение: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Приоритет** | | | | | | **Специальность** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| О себе сообщаю следующее: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Предыдущее образование: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | Окончил(а) в | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | году | |
| образовательное учреждение: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Документ об образовании и о квалификации | | | | | | | | серия, № | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | выданный | | | | | | | | |  | | | | | |
| Свидетельство об аккредитации специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сертификат специалиста: Не имею  Имею \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наличие индивидуальных достижений: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иностранный язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |
| СНИЛС: ИНН: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| В предоставлении общежития: нуждаюсь | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | не нуждаюсь | | | | | | | |  |  | | --- | --- | |  |  | | | | |  |  | | | | | |
| О себе дополнительно сообщаю: | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Способ возврата поданных документов: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | " | | | | |  | | |  | " | |  | | | | | | | | | | | | | 20\_\_\_ | | | | | | | | | | г. | | | | | | |  | | |  | | |  |

(Подпись поступающего)

С копией лицензии на осуществление образовательнойдеятельности (с приложением); с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или с информацией об отсутствии указанного свидетельства; с датой (датами) завершения приема документа установленного образца, с правилами приема, утвержденными Университетом, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания, с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов– ознакомлен (а).

|  |
| --- |
|  |
| (Подпись поступающего) |

|  |  |
| --- | --- |
| На обработку своих персональных данных согласен (согласна). |  |
|  | (Подпись поступающего) |

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 поступающего) |

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр).

|  |
| --- |
|  |
| (Подпись поступающего) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | (Подпись ответственного) |
|  | " |  |  | " |  | 20 | \_\_\_ | г. |  |

Ректору ФГБОУ ВО МГМСУ

им. А. И. Евдокимова Минздрава России

О.О.Янушевичу

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поступающего (ей) на обучение по основной

образовательной программе ординатуры

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

В соответствии с порядком приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.05.2017 № 212н, прошу зачесть в качестве результата вступительного испытания при приеме в ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России на обучение по основным образовательным программам ординатуры в 2018 году один из следующих результатов:

□ Результат тестирования, пройденного в 2017 году в организации, осуществляющей образовательную деятельность

□ Результат тестирования, пройденного в 2018 году в организации, осуществляющей образовательную деятельность

□ Результат тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, пройденного в 2017 году

□ Результат тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, пройденного в 2018 году

Организация, в которой пройдено тестирование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность, по которой пройдено тестирование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество полученных баллов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ В ином случае сообщаю, что буду проходить тестирование в ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка)