|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РоссииА.М. Беляеву |
|  |  |
| от |  |
|  | Фамилия, Имя, Отчество |
|  зарегистрированного(ой) |  |  |   |
|  | Индекс |  | Адрес |
|  |
| Дата рождения |   |
| Место рождения |  |
|  |
|  |  |  |
| телефон |  | мобильный телефон | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |  |
| окончившего(ей) |  |  |  |
|  | год окончания |  | полное наименование учебного заведения |
|  |
| Уровень образования: | высшее медицинское | специалитет |
|  |  |
|  |
| код и наименование специальности по диплому  |
| Документ об образовании | Диплом |  |  |
|  |  |  | серия (при наличии) и номер полностью |
| Паспорт: серия |  | №  |  | выдан  |  |
|  |  |  |  |  | (когда и кем) |  |
|  |
|  | Гражданство |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**1. Прошу принять на обучение по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности**

|  |
| --- |
|  |

код и наименование специальности

Форма обучения **очная**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Условия поступления** | **Приоритет**  | **Подпись** |
| Места в пределах целевой квоты для граждан, заключивших договор о целевом обучении |  |  |
| Основные места в рамках контрольных цифр |  |  |
| Места по договорам об оказании платных образовательных услуг |  |  |
| Места по договорам об оказании платных образовательных услуг для иностранных граждан и лиц без гражданства (за исключением соотечественников, проживающих за рубежом) |  |  |

**2. О себе сообщаю следующее:**

|  |
| --- |
| *2.1 Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста (или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии)* |
| Специальность  |
| Серия номер |
| Организация, выдавшая свидетельство |
| Протокол заседания аккредитационной комиссии № от  |
| *2.2 Сведения о сертификате специалиста* |
| Специальность  |
| Серия номер |
| Организация, выдавшая сертификат |
| *2.3 Сведения об индивидуальных достижениях, предусмотренных Правилами приема в Учреждение* |
| [ ]  наличие статуса Стипендиата Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации;[ ]  наличие документа об образовании установленного образца с отличием;[ ]  наличие стажа работы в должностях медицинских работников с высшим профессиональным образованием, подтвержденного в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;количество полных лет стажа [ ]  наличие сестринского стажа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; количество полных лет стажа [ ]  наличие стажа работы в должностях медицинских работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; количество полных лет стажа [ ]  наличие патента (пособия, монографии);[ ]  наличие научных статей в журналах ВАК и РИНЦ, в т. ч. в соавторстве;[ ]  владение иностранными языками;[ ]  наличие диплома об окончании ординатуры (интернатуры);[ ]  призер конкурса молодых ученых, конкурса по профессии, победитель олимпиады;[ ]  наличие трех и более тезисов (стендовых докладов), одной и более научных статей в журналах, в т. ч. в соавторстве;[ ]  участие с докладами на съездах, конференциях, форумах (заседаниях ассоциаций, обществ медицинских специалистов) (два и более). |
| *2.4 Сведения о необходимости создания специальных условий* *при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью (с указанием специальных условий)* |
| *2.5 Сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования* |
| Страховое свидетельство №  |

**3. Дополнительно сообщаю и подтверждаю, что:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. С лицензией, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами приема, правилами подачи апелляции, правилами внутреннего распорядка, этическим кодексом обучающихся в Учреждении, образовательными программами ознакомлен(а).
 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| 1. С датой завершения предоставления оригинала диплома, приложения к нему или согласия на зачисление - 07.08.2019 ознакомлен(а).
 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| 1. Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на осуществление фотосъемки и использование моего изображения в целях проведения приема и образовательного процесса в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ.
 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| 1. Об ответственности за недостоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, предоставляемых для поступления ознакомлен (а)
 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| 1. При поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры/интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки)
 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| 1. Подтверждаю, что на момент подачи заявления о приеме на обучение не имею обязательств по договору целевого обучения по образовательным программам высшего образования
 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| 1. Я уведомлен(а) о том, что зачислению подлежат поступающие:

- в рамках контрольных цифр приема предоставившие оригинал документа установленного образца;- на места по договорам об оказании платных образовательных услуг предоставившие оригинал документа установленного образца или заявление о согласии на зачисление и заключившие договор об оказании платных образовательных услуг в сроки, определяемые Правилами приема | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |

**4. В случае не зачисления меня на обучение в Учреждение прошу вернуть мне документы** (*нужное подчеркнуть*)**:** 1. Лично по моему заявлению. 2. Оригиналы моих документов направить через операторов почтовой связи общего пользования по адресу:

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

заполняется печатными буквами: индекс, почтовый адрес

Дополнительные данные родственника или доверенного лица (рекомендуется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

степень родства, ФИО, телефон и адрес проживания

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление принято в приёмную комиссию ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 подпись Ф.И.О. ответственного лица приёмной комиссии

**Отметка военно-учетного стола**

Ответственный за военно-учетную работу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 подпись Ф.И.О. ответственного лица

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ДиректоруФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РоссииБеляеву А.М. |
|  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*ФИО полностью*поступающего на обучение по программе ординатуры специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(код наименование специальности)* |

Заявление

об учете результатов вступительного испытания

Прошу в качестве результатов вступительного испытания учитывать (выбрать одно из следующих):

а) результаты вступительного испытания в ординатуру по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *код и наименование*

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пройденного в 2018 году.

*полное название организации*

б) результаты тестирования, проводимого в рамках первичной аккредитации специалиста, по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пройденной в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *код и наименование полное название организации*

в 2018 году (или в 2019 году).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. Подпись поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_