|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Директору  ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России  А.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 | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | указать: магистратура, специалитет | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Документ об образовании | | | | | | | Диплом | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | серия (при наличии) и номер полностью | | | | | | | | |
| Паспорт: серия | | |  | | | | | | | № |  | | | | | | | | | | выдан | | |  | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  | |  | | | | (когда и кем) | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | Гражданство | | | | | | |  | | |

**З А Я В Л Е Н И Е**

**1. Прошу допустить к вступительным испытаниям и принять на обучение по программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Условия поступления** | **Приоритет** (1,2,3 по убыванию) | **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 |  |  |

Форма обучения **очная**.

**2. О себе сообщаю следующее:**

*2.1. Сведения об индивидуальных достижениях, предусмотренных Правилами приема в Учреждение:*

наличие научных публикаций, соответствующих направленности образовательной программы;

наличие монографий, руководств, пособий, соответствующих направленности образовательной программы;

наличие объектов интеллектуальной собственности;

участие поступающего в научных мероприятиях, соответствующих направленности образовательной программы;

участие поступающего в учебно-методической деятельности, соответствующей направленности образовательной программы;

академические успехи в области, соответствующей направленности образовательной программы;

наличие аннотации предполагаемого научного исследования.

*2.2. Сведения о необходимости создания специальных условий* *при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью (с указанием перечня вступительных испытаний и специальных условий) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, 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 ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись поступающего |
| 1. Обязуюсь предоставить оригинал диплома или согласие на зачисление не позднее дня завершения приема указанных документов | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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 «НМИЦ 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 аспирантуры или диплома кандидата наук | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись поступающего |

**4. В случае непоступления прошу вернуть оригиналы документов** (*нужное подчеркнуть*)**:**

1. Лично по заявлению или доверенному лицу.

2. Оригиналы моих документов направить через операторов почтовой связи общего пользования по адресу:

|  |
| --- |
|  |
|  |

индекс, почтовый адрес

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.)

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