|  |  |
| --- | --- |
|  | 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  |  |
|  | 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 меня к участию в конкурсе для поступления на обучение по программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре**

**по направлению подготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**направленность программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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.

*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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. Подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись Ф.И.О. ответственного лица приёмной комиссии