

Ректору государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России) И.В. Шешунову

от

Фамилия <u><b>Иванова</b></u>	Гражданство: <u><b>РФ</b></u>
Имя <u><b>Сергея</b></u>	Документ, удостоверяющий личность, <u><b>паспорт</b></u>
Отчество <u><b>Ивановича</b></u>	серия <u><b>3303</b></u> № <u><b>849523</b></u>
Дата рождения <u><b>17.05.1996</b></u>	Когда и кем выдан: <u><b>10.03.2004</b></u> г.
Место рождения <u><b>г. Киров</b></u>	<u><b>ОУФМС г. Кирова</b></u>

Проживающего(ей) по адресу: **г. Киров, ул. Ленина, д. 143, кв. 54**

Телефон: **8-922-5698345** e-mail: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе для поступления по программам ординатуры по специальности \_\_\_\_\_

**31.08.42 Неврология**

*Код и наименование специальности*

на места в рамках контрольных цифр приема ,

на места для обучения на условиях целевого приема ,

на места по договорам об оказании платных образовательных услуг .

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям по дисциплине \_\_\_\_\_

**Неврология**

В создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью – нуждаюсь , не нуждаюсь

### О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в **2016** году образовательную организацию высшего образования (образовательное учреждение высшего профессионального образования) , другое

по программе специалитета , магистратуры

по специальности , направлению подготовки  **Лечебное дело**

Диплом: серия \_\_\_\_\_ № **314014568923** Когда и кем выдан: **27.06.2016** г.

**ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России**

Приложение к диплому: серия \_\_\_\_\_ № **314014523845**

Диплом «с отличием» .

Средний балл при обучении по программе специалитета (магистратуры) **4,2**

Дополнительно сообщая о наличии индивидуальных достижений (рекомендации образовательных организаций высшего профессионального образования, рекомендации медицинских организаций, наличие опубликованных работ, изобретений) \_\_\_\_\_

Высшее образование данного уровня получаю впервые , не впервые .

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего, доверенного лица)

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним по выбранному направлению подготовки, Правилами приема и условиями обучения ознакомлен(а):

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего, доверенного лица)

С правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний, ознакомлен(а):

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего, доверенного лица)

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», согласен(а):

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего, доверенного лица)

С приказом Минздрава России № 302-н от 12.04.2011 (в ред. от 15.05.2012) ознакомлен(а):

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего, доверенного лица)

К заявлению прилагаю следующие документы:

- копия документа, удостоверяющего личность
- оригинал документа о высшем медицинском и (или) фармацевтическом образовании по программам специалитета (магистратуры) и приложения к нему
- копия военного билета (при наличии)
- 4 фотографии 3x4 см
- документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях (рекомендации образовательных организаций высшего профессионального образования, рекомендации медицинских организаций, наличие опубликованных работ, изобретений)

В предоставлении места для проживания в общежитии на период обучения: нуждаюсь  не нуждаюсь .

Возврат оригиналов поданных документов в случае непоступления осуществлять:

- по личному заявлению
- через операторов почтовой связи общего пользования (при возврате оригиналов документов) .

Об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме и за подлинность документов, указываемых в заявлении о приеме и подаваемых для поступления информирован(а):

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

\_\_\_\_\_  
(Подпись поступающего, доверенного лица)

Подпись ответственного лица приемной комиссии:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

\_\_\_\_\_