|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Министерство здравоохранения Российской Федерации**  **Федеральное государственное бюджетное учреждение**  **НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР**  **РЕАБИЛИТАЦИИ И КУРОРТОЛОГИИ**  **(ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *от* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***И. о. Директора***  ***ФГБУ «НМИЦ РК»***  ***Минздрава России***  ***А.Д. Фесюну*** | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | " | | | | |  | | |  | " | |  | | | | | | | | | | | | | 2020 | | | | | | | | | | г. | | | | | | |  | | |  | | |  |

(Подпись поступающего)

С копией лицензии на осуществление образовательнойдеятельности (с приложением); с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением); с датой (датами) завершения приема документа установленного образца, с правилами приема, утвержденными Учреждением, 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 в течение первого года обучения

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

Обязуюсь предоставить заявление о согласии на зачисление не позднее дня завершения приема документов установленного образца.

|  |
| --- |
|  |
| (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 секретаря приемной комиссии | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | (Подпись ответственного) |
|  | " |  |  | " |  | 20 | 20 | г. |  |