Допустить к участию в конкурсе Зачислен в ординатуру

« » августа 2025г. Приказ № \_\_\_ «\_\_\_» августа 2025г.

Ректор ФГБОУ ВО Амурская ГМА Ректор ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Минздрава России Минздрава России

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.В. Заболотских \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.В. Заболотских

**Ректору ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России Т.В. Заболотских**

|  |  |
| --- | --- |
| От  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование ВУЗа)

Диплом: Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о свидетельстве об аккредитации: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи)

или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о сертификате специалиста (при наличии) серия\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата выдачи )

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживаю по адресу (с указанием индекса):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, эл почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления на обучение по образовательным программам высшего образования – программам **ординатуры** по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эта специальность для меня приоритетна (отметить галочкой)

на условиях:

- *в рамках контрольных цифр приема:*

- в пределах целевой квоты

- основные места в рамках контрольных цифр

- *по договору об образовании об оказании платных образовательных услуг*

(нужное подчеркнуть)

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний:

Да/Нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для граждан с ограниченными возможностями здоровья документ, подтверждающий ограниченные возможности здоровья или инвалидность)

**О себе сообщаю следующее:**

В общежитии на время обучения: нуждаюсь, не нуждаюсь.

Прошу учесть результаты моих индивидуальных достижений (документы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Личной подписью заверяю следующие факты:**

- С копией лицензии на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, Правилами приема на обучение по программам ординатуры, с датой завершения приема документов установленного образца, с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний (в том числе через информационные системы общего пользования) ознакомлен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

- Согласен (на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. N 152-ФЗ «О персональных данных»

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

(подпись)

- Информирован(а) об ответственности за полноту и достоверность сведений, указываемых в заявлении, и представлении подлинных документов

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

(подпись)

- Указать способ возврата оригиналов поданных документов в случае не поступления на обучение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оригиналы поданных документов прошу вернуть лично/ доверенному лицу/иным способом)

- Обязуюсь представить оригинал документа установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца (в случае, если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме).

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

(подпись)

- Отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если заявление о приеме на обучение на места в рамках контрольных цифр подано по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки)

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

(подпись)

Прошу учитывать результаты вступительного испытания:

- тестирование, пройденного в \_\_\_\_\_\_году, на базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- тестирование, проводимое в рамках аккредитации в\_\_\_\_\_году, на базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**К заявлению прилагаю:**

|  |  |
| --- | --- |
| копию документа, удостоверяющего личность |  |
| документ о высшем медицинском и (или) фармацевтическом образовании и его копия |  |
| копия и оригинал свидетельства об аккредитации специалиста или выписку из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста |  |
| копию военного билета(1,3,8,11,21страницы) или приписного свидетельства |  |
| 4 фотографии 3х4см |  |
| копии документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях |  |
| сертификат |  |
| копию договора о целевом обучении (при поступлении на целевые места) |  |
| договор об оказании платных образовательных услуг |  |
| личная карточка ординатора |  |
| флюрография |  |
| СНИЛС |  |
| ИНН |  |

Дата подачи заявления «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_