

Регистрационный номер
заявления _____

Директору ФГБНУ НЦ ПЗСПЧ,
д.м.н., чл.-корр. РАН Л.В.Рычковой

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже
серия _____ № _____, _____
наименование документа удостоверяющего личность _____ *код подразделения*
кем выдан _____, « _____ » _____ г.
дата выдачи

Дата рождения « _____ » _____ г. Гражданство (страна) _____
Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
Адрес по месту регистрации: Индекс _____ Страна _____ Регион _____
Нас. пункт _____ Ул./пр./пер. _____ Дом _____ Корп. _____ Кв. _____
Тел. дом. _____ Тел. моб. +7 _____ E-mail _____ @ _____

прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления в ординатуру по следующим условиям:

Специальность <i>(не более двух; в порядке убывания приоритетности (предпочтения): 1 – наиболее значимая; 4 – наименее значимая)</i>	Условия поступления <i>(выбрать нужное)</i>
1 приоритет <i>наименование специальности</i>	<input type="checkbox"/> на места в пределах целевой квоты <i>(бюджет)</i> <i>указать регион</i>
	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема <i>(бюджет)</i>
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
2 приоритет <i>наименование специальности</i>	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема <i>(бюджет)</i>
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
3 приоритет <i>наименование специальности</i>	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема <i>(бюджет)</i>
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
4 приоритет <i>наименование специальности</i>	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема <i>(бюджет)</i>
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг

Сведения о документе установленного образца (дипломе о высшем медицинском образовании):

Наименование вуза _____
Специальность _____ Присвоена квалификация _____
Серия документа _____ Номер документа _____ Дата выдачи « _____ » _____ г. Страна выдачи _____

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста (или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста) (при наличии):
Регистрационный номер свидетельства об аккредитации _____ Специальность _____
Протокол заседания аккредитационной комиссии № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.
Место проведения аккредитации специалиста (область) _____

Сведения о сертификате специалиста (при наличии):

Сертификат по специальности _____ Серия _____ Номер _____
Регистрационный номер _____ Дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания – результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста в году _____ Количество баллов _____

Способ возврата документов в случае не поступления: лично доверенное лицо почтой

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью: да нет

Сведения об индивидуальных достижениях (отметить нужное):

<input type="checkbox"/> Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации	<input type="checkbox"/> Дипломант студенческой олимпиады «Я – профессионал»
<input type="checkbox"/> Документ установленного образца с отличием (профильный факультет)	<input type="checkbox"/> Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья
<input type="checkbox"/> Опубликованная научная статья в профильном научном журнале (ВАК, Web of Science, Scopus) автором которой является поступающий, либо в которой поступающий указан первым или наряду с первым соавтором как внесший равный вклад	<input type="checkbox"/> Наличие рекомендации Ученого совета ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ
Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников:	
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки)	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием (1,0 ставка по основному месту работы))	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев

Ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования):

- с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
- с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением);
- с датой завершения приема документа установленного образца;
- с правилами приема, утвержденными ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

_____ Подпись

Ознакомлен(а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

_____ Подпись

Подтверждаю при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр отсутствие у меня диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если подаю заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной мной в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки)

_____ Подпись

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца, определенного Правилами приема для обучения по программам ординатуры

_____ Подпись

« _____ » _____ 2019 г.

дата подачи заявления

_____ / _____
подпись

расшифровка