

Регистрационный номер  
заявления \_\_\_\_\_

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

от

Фамилия _____	Гражданство: _____
Имя _____	
Отчество (при наличии) _____	Документ, удостоверяющий личность: _____
Дата рождения: _____	
Пол: _____	Серия _____ № _____
Место рождения: _____	Когда и кем выдан: _____
_____	_____
_____	СНИЛС _____

Проживающего(ей) по адресу: страна \_\_\_\_\_ почтовый индекс \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

Телефон домашний: \_\_\_\_\_ Телефон мобильный: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления в ординатуру на следующих условиях:

Наименование специальности	Условия обучения		
	Места, финансируемые из федерального бюджета		Места по договору об оказании платных образовательных услуг
	Целевая квота	Общий конкурс	Общий конкурс

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям проводимым в текущем году в ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания – результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста в году \_\_\_\_\_ на базе \_\_\_\_\_

Количество баллов \_\_\_\_\_

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания – результаты тестирования, проводимого без процедуры первичной аккредитации специалиста в году \_\_\_\_\_ на базе \_\_\_\_\_

Количество баллов \_\_\_\_\_

### О себе сообщаю следующее:

Поступил(а) в \_\_\_\_\_ году в образовательное учреждение высшего образования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ по очной//заочной форме обучения (подчеркнуть) на бюджетной //коммерческой основе //по целевому приему (подчеркнуть) по направлению органа (организации) управления здравоохранением (указать)

Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году специалитет  магистратуру  в образовательном учреждении высшего образования: \_\_\_\_\_

(полное название учреждения)

по очной//заочной форме обучения (подчеркнуть) на бюджетной //коммерческой основе //по целевому приему (подчеркнуть) по направлению органа (организации) управления здравоохранением (указать)

Диплом № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

с присвоением квалификации \_\_\_\_\_ по специальности \_\_\_\_\_

решением ГЭК от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, протокол № \_\_\_\_\_

Ординатура по специальности: \_\_\_\_\_ окончил(а) в \_\_\_\_\_ году

Интернатура по специальности: \_\_\_\_\_ окончил(а) в \_\_\_\_\_ году



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 или соавтором которой является поступающий.	<input type="checkbox"/> Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции (COVID-19) не менее 150 часов
<input type="checkbox"/> Осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним проф. образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по обр. программе медицинского образования, если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней	
Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников в период обучения в ВУЗе:	
от 9 мес. на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки)	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев
от 9 мес. до 1,5 лет на 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
от 1,5 лет и более на 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
дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы от 9 мес. на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим проф. образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев
<input type="checkbox"/> Наличие рекомендации Ученого совета ФГБНУ НЦ ПЗСРЧ	

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 на места в рамках КЦП;
- с возможностью подачи заявления о приеме не более чем в 3 образовательные организации;
- 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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

дата подачи заявления

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись  
поступающего

расшифровка

\_\_\_\_\_ Подпись ответственного  
лица приемной комиссии