**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

Федеральноегосударственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования **Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского**

**Медицинский колледж**

|  |
| --- |
| Зачислить на 1 - й курс на специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  С 01 сентября 2018 г. Протокол № \_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. Ректор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.М. Попков |

# Ректору ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России В.М. Попкову

## гражданин(ка) , зарегистрированный (ая) по адресу

, проживающий (ая) по адресу

. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Документ, удостоверяющий личность серия № . Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.

***З а я в л е н и е***

# Прошу допустить меня к участию в конкурсе на специальности

(перечислить специальности и приоритеты в порядке их убывания, с указанием вида приема и формы обучения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Направление подготовки (специальность) | Категория приема, форма обучения | |
| За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета | По договорам об оказании платных образовательных услуг |
| Очная форма | Очная форма |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Средний балл документа об образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу допустить меня к вступительным испытаниям: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(психологическое испытание, творческое испытание (лепка)

**Сведения о необходимости создания специальных условий для проведения вступительных испытаний:**

.

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_ году школу (9 классов / 11 классов) / училище /колледж / ВУЗ (нужное подчеркнуть)

Имею аттестат /диплом (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(код, серия, номер), с отличием  Среднее профессиональное образование по ППССЗ получаю  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(впервые / не впервые)

Изучал иностранный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(подпись поступающего)



## Общежитие: нуждаюсь / не нуждаюсь .

**О себе дополнительно сообщаю** (по желанию): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(контактные телефоны, почтовый адрес, адреса электронной почты,, прочее)

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

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

Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучение (в случае представления оригиналов документов): заявитель , доверенное лицо , оператор почтовой связи общего пользования (почта России) .

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

* 1. Согласен(на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном ФЗ от 27.07.2006г. №152- ФЗ «О персональных данных»;
  2. С копиями лицензии на право осуществления образовательной деятельности и свидетельства о государственной аккредитации с приложениями к ним, правилами приема в Медицинский колледж СГМУ, с порядком организации конкурса на места в рамках контрольных цифр приема и на места по договорам с оплатой стоимости обучения в 2018 г. ознакомлен(а);
  3. Ознакомлен (а) с датой предоставления оригинала документа об образовании и(или) об образовании и квалификации;

1. Согласен(а) с тем, что зачисление по результатам конкурса будет осуществляться в соответствии с указанными мною приоритетами специальностей и условий приема. Изменение приоритета специальностей возможно только в заявительном порядке в письменной форме до 10 августа 2018 г.;
2. Ознакомлен(а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов.

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



(подпись поступающего)

Диплом начального, среднего профессионального образования по ППССЗ, среднего профессионального образования по ППКРС или высшего образования : имею / не имею.

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



(подпись поступающего)

С правилами проведения вступительных испытаний и правилами подачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

апелляций ознакомлен(а). (подпись поступающего)

|  |
| --- |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка подписи |