

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору СОГБПОУ  
«Вяземский медицинский колледж  
имени Е.О. Мухина»  
Т.Н.Анискевич

от

Фамилия _____ Имя _____ Отчество (при наличии) _____ Дата рождения _____ Проживающего (ей) по адресу: _____ _____ Телефон: _____	Гражданство _____ (РФ, иностранные граждане, лица без гражданства, в том числе соотечественники, проживающие за рубежом) Реквизиты документа, удостоверяющего личность _____ серия _____ № _____ Кем выдан _____ _____ Когда выдан _____ СНИЛС _____
--	---

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на направление подготовки по специальности:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Лечебное дело    | <input type="checkbox"/> на места, финансируемые из средств областного бюджета |
| <input type="checkbox"/> Сестринское дело | <input type="checkbox"/> на места с полным возмещением затрат                  |
| <input type="checkbox"/> Фармация         |  |

О себе сообщаю:

Сведения о предыдущем уровне образования:

Аттестат:  подлинник /  копия (номер \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_)

Диплом:  подлинник /  копия (серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_)

Кем выдан \_\_\_\_\_

Средний балл: \_\_\_\_\_

Иностранный язык:  английский  немецкий  другой

Имею статус:

- ребенок-сирота  
 ребенок, оставшийся без попечения родителей  
 лицо из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей  
 инвалид  
 иное \_\_\_\_\_

Необходимость создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ОВЗ

- не нуждаюсь  
 если нуждаюсь, то в каких: \_\_\_\_\_

Общежитие:  нуждаюсь  не нуждаюсь

Трудовой стаж (если есть) \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

Сведения о родителях:

Мать (ФИО, место работы, телефон): \_\_\_\_\_

Отец (ФИО, место работы, телефон): \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о себе (результаты индивидуальных достижений, грамоты, награды, спортивные разряды, участие в общественной жизни и др.): \_\_\_\_\_

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

Среднее профессиональное образование получаю:  впервые,  не впервые

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

В соответствии с ч. 2 ст.55.Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ с уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся СОГБПОУ «Вяземский медицинский колледж имени Е.О. Мухина» ознакомлен (а):

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

На использование, обработку и хранение персональных данных в период обучения в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(а):

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С использованием моих персональных данных в рейтинговой системе конкурсного отбора согласен(а)

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Даю свое согласие на обучение Поступающего по данной специальности (для несовершеннолетних):

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя/опекуна)

Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Документы принял \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(расшифровка подписи)

Ответственный секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_ / А.В.Гаврилова/