

Председателю приемной комиссии
ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
Минздрава России академику РАН, профессору
Сухих Геннадию Тихоновичу

/ ____ / ____ / 2025 г.

от _____

№ _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

(для граждан Российской Федерации и лиц приравненных к ним)

1. Прошу принять документы и допустить меня к вступительным испытаниям для обучения по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по очной форме по специальностям в порядке приоритетности зачисления по различным условиям поступления:

☐ 1. Конкурс на бюджетные места в пределах квоты приема на **ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ**

| Приоритет | Специальность | Целевой прием |
|-----------|---------------|---------------|
| 1. Первый | | |

☐ 2. Конкурс на бюджетные места в рамках контрольных цифр (**ОБЩИЙ КОНКУРС**)

| Приоритет | Специальность | Бюджет |
|-----------|---------------|--------|
| 1. Первый | | |
| 2. Второй | | |

☐ 3. Конкурс на места **ПО ДОГОВОРАМ** об образовании

| Приоритет | Специальность | Договор |
|-----------|---------------|---------|
| 1. Первый | | |
| 2. Второй | | |

2. Прошу учесть в качестве результата вступительного испытания в ординатуру (выбрать только один вариант):

☐ 2.1 Тестирование буду проходить в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» в 2025 году.

☐ 2.2 Результат тестирования, проведенного в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста, по специальности: ☐ Лечебное дело ☐ Педиатрия
Год проведения аккредитации: ☐ 2024 ☐ 2025
Организация проведения аккредитации _____

☐ 2.3 Результат тестирования, проведенного вне процедуры первичной аккредитации специалиста, по специальности: ☐ Лечебное дело ☐ Педиатрия
Год проведения тестирования: ☐ 2024 ☐ 2025
Организация проведения тестирования _____

√ _____
подпись поступающего

3. О себе сообщаю следующее:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата рождения « _____ » _____ г. Место рождения _____

Документ, удостоверяющий личность (паспорт): серия: _____ номер _____

кем выдан: _____

дата выдачи « _____ » _____ г. Код подразделения _____

СНИЛС № _____ Гражданство: _____

Адрес постоянной регистрации: _____

Адрес фактического проживания (совпадает с адресом регистрации ДА / НЕТ) _____

телефон (мобильный): + _____

телефон (родителей): + _____ (мать / отец)

адрес электронной почты: _____

Высшее медицинское образование: ☐ специалитет ☐ магистратура

Страна, в которой получено высшее медицинское образование: _____

Свидетельство о признании / об эквивалентности предыдущего образования (если предыдущее образование получено не в Российской Федерации): ☐ имею ☐ не имею

Окончил(а) в _____ году _____

(Полное название образовательной организации, выдавшей документ об образовании)

Выдан диплом: серия _____ номер _____

регистрационный номер _____ дата выдачи _____

присуждена квалификация врача по специальности: _____

Выписка из единой информационной системы или из итогового протокола аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим первичную аккредитацию специалиста:

☐ имею ☐ не имею

Свидетельство о первичной аккредитации специалиста: ☐ имею ☐ не имею

дата выдачи « _____ » _____ г. номер _____

специальность _____

Окончил(а) интернатуру:

☐ Нет ☐ Да в _____ году по специальности _____

Окончил(а) ординатуру:

☐ Нет ☐ Да в _____ году по специальности _____

Сертификат специалиста: ☐ не имею ☐ имею по специальности _____

√ _____
подпись поступающего

Высшее образование по программе интернатуры/ординатуры по выбираемой специальности:

☐ получаю впервые ☒ _____ (подпись поступающего) ☐ имею.

В создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями и инвалидностью: ☐ не нуждаюсь ☐ нуждаюсь (указать вступительное испытание и специальные условия): _____

Способ возврата поданных документов в случае непоступления на обучение (только в части оригиналов документов):

- ☐ лично или доверенному лицу
☐ направление через оператора почтовой связи общего пользования
☐ - по адресу регистрации
☐ - по адресу фактического проживания

4. Индивидуальные достижения

4.1 ☐ Нет

4.2 ☐ Прошу учесть следующие индивидуальные достижения:

| Индивидуальное достижение | Реквизиты подтверждающих документов (номер, дата выдачи, кем выдан и т.д.) |
|--|--|
| а) Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) <div>Копия приказа о назначении стипендии</div> | |
| б) Наличие документа о высшем медицинском образовании и (или) высшем фармацевтическом образовании с отличием <div>Копия документа установленного образца об образовании</div> | |
| в) Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящим в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий <div>Копия статьи (все страницы), включая титульную страницу журнала</div> | |
| г) Наличие общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (периода военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденного в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась начиная с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования), за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет: <div>Копия трудовой книжки и справка с указанием размера занимаемой ставки. Документ, подтверждающий правомерность занятия указанной должности (сертификат, допуск и т.д.)</div> | |
| - от 9 месяцев до полутора лет - в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству) | |

✓ _____
подпись поступающего

| | |
|---|--|
| - от полутора лет и более - в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству) | |
| - 9 месяцев до полутора лет – в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы) | |
| - от полутора лет и более – в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы) | |
| д) Дополнительно к баллам, предусмотренным подпунктом "г" настоящего пункта, работа в указанных в подпункте "г" настоящего пункта должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках | |
| <i>Копия трудовой книжки и справка с указанием места работы</i> | |
| е) Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал" в области медицины и здравоохранения | |
| <i>Копия диплома</i> | |
| ж) Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства) | |
| <i>Справка установленного образца (Сайт приёмной комиссии - Приём в ординатуру - пункт 5.2)</i> | |
| з) Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов | |
| <i>Справка установленного образца (Сайт приёмной комиссии - Приём в ординатуру - пункт 5.3)</i> | |
| и) Осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней | |
| <i>Справка на бланке организации с указанием: наименование подразделения, должность, мероприятия проводимые обучающимся (диагностика/лечение) и общая продолжительность трудовой деятельности (практической подготовки) исчисляемая в днях (точно указать количество дней)</i> | |


 подпись поступающего

| | |
|--|--|
| <p>к) поступление на обучение в рамках целевой квоты по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, предусматривающему освоение образовательной программы высшего образования следующего уровня, после завершения освоения основной образовательной программы высшего образования в соответствии с договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, ранее заключенным между поступающим и тем же федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем</p> | |
| <p>Информационное письмо для учета данного ИД + копия договора</p> | |
| <p>л) Индивидуальные достижения, установленные Центром:</p> | |
| <p>- средний балл документа об образовании (по Приложению) 5,0</p> | |
| <p>Копия документа установленного образца об образовании</p> | |
| <p>или/и</p> | |
| <p>- стаж работы не менее 10 месяцев (не менее 0,5 ставки по основному месту работы или по совместительству) в структурных подразделениях ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием или на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием</p> | |
| <p>Копия трудовой книжки и справка с указанием размера занимаемой ставки.</p> | |

5. Перечень документов, прилагаемых к заявлению (нужное отметить ☒):

- ☐ документ удостоверяющий личность и гражданство поступающего;
- ☐ СНИЛС;
- ☐ диплом о высшем медицинском образовании и приложение к нему;

Оригинал

Копия (скан, фото)

Заверенная копия

- ☐ свидетельство об аккредитации специалиста
- ☐ выписка из единой информационной системы или из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования)
- ☐ сертификат специалиста
- ☐ форма заявки на заключение договора о целевом обучении;
- ☐ заявление о согласии на зачисление на места в рамках договоров об образовании;
- ☐ копия военного билета (при наличии);
- ☐ фотография поступающего 4 шт. размером 3х4;
- ☐ документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях (в соответствии с указанными в таблице п.4.2 Заявления)
- ☐ документы, подтверждающие ограниченные возможности здоровья или инвалидность, требующие создания специальных условий;
- ☐ заключение федерального учреждения медико-социальной экспертизы об отсутствии противопоказаний для обучения (при наличии ограниченных возможностей здоровья)
- ☐ другое (указать): _____

√

подпись поступающего

6. Заполняется в случае подачи документов на места в пределах квоты приема на целевое обучение.

Идентификационный номер предложения заказчика о заключении договора или договоров о целевом обучении на Единой цифровой платформе в сфере занятости и трудовых отношений «Работа в России» _____.

Заказчик целевого обучения _____.

Форма заявки на заключение договора о целевом обучении прилагается.

С Положением о целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, утвержденным постановлением Правительства РФ от 27 апреля 2024 г. №555, ознакомлен(а)

✓ _____
подпись поступающего

7. Согласие на обработку персональных данных:

Я, _____,
зарегистрированный по адресу (с указанием индекса) _____

серия _____ номер паспорта _____ выдан (дата выдачи, наименование органа,
выдавшего паспорт, код подразделения) _____

свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» предоставляю настоящее согласие на обработку моих персональных данных, указанных в данном заявлении, федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенному по адресу 117997, г. Москва, ул. Академика Опарина, дом 4, с целью организации поступления, обучения, кадрового, бухгалтерского и военного учета, а также архивного хранения в течение срока, предусмотренного действующим законодательством с последующим уничтожением. Настоящее согласие действует бессрочно, но может быть отозвано по моему письменному заявлению.

«_____» _____ 2025 г. ✓ _____
подпись поступающего

8. Ознакомлен(а), в том числе через информационные системы общего пользования, с:

Лицензией на осуществление образовательной деятельности ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России с приложениями _____
подпись поступающего

Свидетельством (выпиской из реестра) о государственной аккредитации ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России по соответствующим _____
направлениям подготовки с приложениями _____
подпись поступающего

Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» _____
Минздрава России в 2025 году. _____
подпись поступающего

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

Правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных
испытаний √ _____
подпись поступающего

Датой завершения приема документа о высшем медицинском образовании √ _____
установленного образца при зачислении на места в рамках контрольных цифр *подпись поступающего*

Сроком заключения договора о целевом обучении (в случае подачи √ _____
документов на места в пределах квоты приема на целевое обучение) *подпись поступающего*

Датой завершения представления поступающими сведений о согласии на
зачисление, оригинала или заверенной (нотариально или сотрудником приемной
комиссии при предъявлении оригинала) копии документа установленного образца √ _____
об образовании, при поступлении на места по договорам об образовании *подпись поступающего*

Фактом отсутствием общежития в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» √ _____
Минздрава России для проживания *подпись поступающего*

Только для поступающих на обучение на места в рамках контрольных цифр
приема (бюджет): подтверждаю факт отсутствия диплома об окончании
ординатуры или диплома об окончании интернатуры (при подаче заявления о
приеме на обучение 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 поступающего*

Я подтверждаю правильность предоставленных мною сведений и мою
информированность об ответственности за достоверность сведений, указываемых
в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления √ _____
подпись поступающего

Служебные отметки:

Фамилия И.О. сотрудника, принявшего документы

« ____ » _____ 2025 г.

подпись сотрудника