

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

/ ____ / ____ / 2025 г.

№ _____

от Сенюковой
Марии
Ивановны

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

тел: 8(916) 431-01-04

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	<u>Акушерство и гинекология</u>	<u>бюджет</u>
2. Второй		

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

Приоритет	Специальность	Договор
1. Первый	<u>Акушерство и гинекология</u>	<u>договор</u>
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 ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
И.И. Сеченов

☐ 2.3 Результат тестирования, проведенного вне процедуры первичной аккредитации специалиста, по специальности: ☐ Лечебное дело ☐ Педиатрия

Год проведения тестирования: ☐ 2024 ☐ 2025

Организация проведения тестирования _____

✓ Сенюкова
подпись поступающего

3. О себе сообщаю следующее:

Фамилия Петрова Имя Мария Отчество Викторовна
Дата рождения « 08 » мая 2000 г. Место рождения г. Астрахань
Документ, удостоверяющий личность (паспорт): серия: 4530 номер 212 200
кем выдан: МУ МВД России по Астраханской области
дата выдачи « 20 » мая 2018 г. Код подразделения 350-403
СНИЛС № 151-186-011.54 Гражданство: РФ
Адрес постоянной регистрации: 414000 г. Астрахань
ул. Матвеевская д. 12, корп. 1, кв. 23
Адрес фактического проживания (совпадает с адресом регистрации) ☒ ДА ☐ НЕТ

телефон (мобильный): + 903 112-13-14
телефон (родителей): + 916 431-01-04 ☒ (мать) ☐ (отец)
адрес электронной почты: mos@yandex.ru

Высшее медицинское образование: ☒ специалитет ☐ магистратура
Страна, в которой получено высшее медицинское образование: Россия

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

Окончил(а) в 2025 году УГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова
(Полное название образовательной организации, выдавшей документ об образовании)

Выдан диплом: серия 104020 номер 040 1885
регистрационный номер 21-195 дата выдачи 24.06.2025
присуждена квалификация врача по специальности: Лечебное дело

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 _____

✓ Петрова
подпись поступающего

Высшее образование по программе интернатуры/ординатуры по выбираемой специальности:

☒ получаю впервые Александр (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>	Копия статьи, журнал "Акушерство и гинекология" №13, 2024г
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)	

Александр
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>	<i>Справка № 143 от 26.06.2025г</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>	

✓ *Генерал*
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 style="text-align: center;">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, Петрова Мария Ивановна,
зарегистрированный по адресу (с указанием индекса) 414 000, г. Петрозаводск,
ул. Мокшанская д. 12, стр. 1, кв. 23.
серия 4538 номер паспорта 212 200 выдан (дата выдачи, наименование органа,

выдавшего паспорт, код подразделения) ПЧМВР России по
Петрозаводской области, 20 мая 2018 г., 350-403

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.

« 01 » 04 2025 г. ✓ Петр
подпись поступающего

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

Лицензией на осуществление образовательной деятельности ФГБУ «НМИЦ ✓ Петр
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 ✓ Петр
направлениям подготовки с приложениями _____
подпись поступающего

Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего
образования - программам ординатуры ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» ✓ Петр
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

✓ Александр
подпись поступающего

Датой завершения приема документа о высшем медицинском образовании
установленного образца при зачислении на места в рамках контрольных цифр

✓ Александр
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

✓ Александр
подпись поступающего

Фактом отсутствием общежития в ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова»
Минздрава России для проживания

✓ Александр
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)

✓ Александр
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

✓ Александр
подпись поступающего

Служебные отметки:

Фамилия И.О. сотрудника, принявшего документы

« _____ » _____ 2025 г.

подпись сотрудника