

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

/ ____ / _____ / 2024 г.

от _____

№ _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

1. Прошу принять документы и допустить меня к вступительным испытаниям для обучения по образовательной программе высшего образования – программе подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по группе научных специальностей 3.1. «Клиническая медицина» по очной форме обучения в порядке приоритетности по различным условиям поступления:

Научная специальность

3.1.4 Акушерство и гинекология; 3.1.6 Онкология, лучевая терапия; 3.1.12 Анестезиология и реаниматология; 3.1.13 Урология и андрология; 3.1.21 Педиатрия; 3.1.25 Лучевая диагностика

- 1.1. Конкурс на бюджетные места в пределах квоты приема на **ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ**
- 1.2. Конкурс на бюджетные места в рамках контрольных цифр (**ОБЩИЙ КОНКУРС**)
- 1.3. Конкурс на места **ПО ДОГОВОРАМ** об оказании платных образовательных услуг
2. 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

√

подпись поступающего

3. О себе сообщая 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: _____

Окончил(а) интернатуру:

Нет Да в _____ году по специальности _____

Окончил(а) ординатуру:

Нет Да в _____ году по специальности _____

Высшее образование по программе подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре:

получаю впервые _____ (подпись поступающего) имею.

Диплом кандидата (доктора) наук не имею имею.

√ _____
подпись поступающего

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

4. 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

5. Индивидуальные достижения

5.1 Нет

5.2 Прошу учесть следующие индивидуальные достижения:

Индивидуальные достижения (отметить <input checked="" type="checkbox"/> в необходимых пунктах)	Реквизиты подтверждающих документов (номер, дата выдачи, кем выдан и т.д.)
<p>1. Публикации (одна или несколько) в периодическом издании (журналах):</p> <p><input type="checkbox"/> - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором $\geq 0,3$, включённых в базы Web of Science и/или Scopus, в числе первых трех авторов;</p> <p style="text-align: center;">или</p> <p><input type="checkbox"/> - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором $\geq 0,3$, включённых в список ВАК, в числе первых трех авторов;</p> <p style="text-align: center;">или</p> <p><input type="checkbox"/> - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором $\geq 0,3$, не включённых в список ВАК, в числе первых трех авторов.</p> <p>Примечание: Учитываются только фактически опубликованные работы (прилагается копия журнальной публикации). Публикации, поданные или принятые в печать, но не опубликованные на момент подачи заявления, не учитываются. При наличии статей, удовлетворяющих требованиям нескольких подпунктов данного пункта, баллы начисляются однократно в соответствии с подпунктом, дающим максимальное количество баллов. Баллы начисляются в соответствии с указанным значением вне зависимости от количества статей (одна или несколько)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"><i>Копия статьи (все страницы), включая титульную страницу журнала</i></div>	
<p><input type="checkbox"/> 2. Результат интеллектуальной деятельности (изобретение, патент, программный продукт и пр.), зарегистрированный в установленном федеральными нормативными актами порядке</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"><i>Копия документа на результат интеллектуальной деятельности</i></div>	
<p><input type="checkbox"/> 3. Участие с докладом (сообщением) на международных или Всероссийских (Национальных) конференциях, конгрессах, симпозиумах</p> <p>Примечание: балл начисляется однократно, независимо от количества докладов/конференций.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"><i>Копия страницы программы и копия тезисов доклада</i></div>	

<input type="checkbox"/> 4. Наличие диплома специалитета/магистратуры с отличием	
<i>Копия документа установленного образца об образовании</i>	
<input type="checkbox"/> 5. Средний балл диплома специалитета/магистратуры 5,0	
<i>Копия документа установленного образца об образовании с приложением</i>	

6. 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
----------	--------------------	------------------
- форма заявки на заключение договора о целевом обучении.
- заявление о согласии на зачисление на места в рамках договоров об оказании платных образовательных услуг;
- копия военного билета (при наличии);
- фотография поступающего 4 шт. размером 3x4;
- документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях (в соответствии с указанными в таблице п.5.2 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): _____

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.

« _____ » _____ 2024 г. _____
подпись поступающего

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

Лицензии 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

Правила приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России _____
подпись поступающего

Правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний _____
подпись поступающего

Датой завершения приема документа о высшем медицинском образовании и о квалификации 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 оказании платных образовательных услуг _____
подпись поступающего

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

Я подтверждаю отсутствие у меня диплома об окончании аспирантуры или диплома кандидата наук. _____
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

Расписка в приеме документов получена.

« _____ » _____ 2024 г. _____
подпись поступающего

Служебные отметки:

_____ « _____ » _____ 2024 г. _____
Фамилия И.О. сотрудника, принявшего документы *подпись сотрудника*