

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)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ В АСПИРАНТУРУ
НА МЕСТА В РАМКАХ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ
ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА**

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	Условия поступления	Приоритет
3.1.4 Акушерство и гинекология; 3.1.6 Онкология, лучевая терапия; 3.1.21 Педиатрия;	1. на бюджетные места в пределах квоты приема на ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ ; 2. на бюджетные места в рамках контрольных цифр ОБЩИЙ КОНКУРС ;	1. первый; 2. второй;

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 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: _____

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 ☒ в необходимых пунктах)	Реквизиты подтверждающих документов (номер, дата выдачи, кем выдан и т.д.)
1. Публикации (одна или несколько) в периодическом издании (журналах), в т.ч. в соавторстве: ☐ - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором $\geq 0,3$, включённых в базы Web of Science и/или Scopus; или ☐ - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором $\geq 0,3$, включённых в список ВАК; или ☐ - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором $\geq 0,3$, не включённых в список ВАК. 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) Копия статьи (все страницы), включая титульную страницу журнала	
☐ 2. Результат интеллектуальной деятельности (изобретение, патент, программный продукт и пр.), зарегистрированный в установленном федеральными нормативными актами порядке Копия документа на результат интеллектуальной деятельности	
☐ 3. Участие с докладом (сообщением) на международных или Всероссийских (Национальных) конференциях, конгрессах, симпозиумах Примечание: балл начисляется однократно, независимо от количества докладов/конференций. Копия страницы программы и копия тезисов доклада	

☐ 4. Наличие диплома специалитета/магистратуры с отличием Копия документа установленного образца об образовании	
☐ 5. Средний балл диплома специалитета/магистратуры 5,0 Копия документа установленного образца об образовании с приложением	

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 за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета;
☐ копия военного билета (при наличии);
☐ фотография поступающего 4 шт. размером 3х4;
☐ 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 и передачу 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

☐ Предоставляю настоящее согласие на передачу моих персональных данных, указанных в данном заявлении в сервис приёма на сайт федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)"

« _____ » _____ 2025 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 приема согласия на зачисление на места в рамках контрольных цифр приема за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета

√ _____
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.

« _____ » _____ 2025 г. √ _____
подпись поступающего

Служебные отметки:

_____ « _____ » _____ 2025 г. _____
Фамилия И.О. сотрудника, принявшего документы подпись сотрудника