

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 ПО ДОГОВОРАМ ОБ ОБРАЗОВАНИИ**

1.1. 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 на места по договорам об образовании

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

√ \_\_\_\_\_

*подпись поступающего*

## 2. 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): \_\_\_\_\_

3. 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:

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) в т.ч. в соавторстве:</p> <p><input type="checkbox"/> - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором <math>\geq 0,3</math>, включённых в базы Web of Science и/или Scopus;</p> <p style="text-align: center;">или</p> <p><input type="checkbox"/> - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором <math>\geq 0,3</math>, включённых в список ВАК;</p> <p style="text-align: center;">или</p> <p><input type="checkbox"/> - в рецензируемых изданиях с импакт-фактором <math>\geq 0,3</math>, не включённых в список ВАК.</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;">Копия статьи (все страницы), включая титульную страницу журнала</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;">Копия документа на результат интеллектуальной деятельности</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;">Копия страницы программы и копия тезисов доклада</div>	

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

**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

☐ форма заявки на заключение договора о целевом обучении.  
☐ заявление о согласии на зачисление на места по договорам об образовании;  
☐ 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): \_\_\_\_\_

**6. 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

☐ 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

**7. 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 и заключение договора на места по договорам об образовании

√ \_\_\_\_\_  
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