

10 июля / 2024 г.

от Иванова

Александр

Петрович

№ \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

## 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. Второй		

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

Приоритет	Специальность	Бюджет
1. Первый	Акушерство и гинекология	бюджет
2. Второй	Урология	бюджет

3. Конкурс на места **ПО ДОГОВОРАМ** об оказании платных образовательных услуг

Приоритет	Специальность	Договор
1. Первый	Акушерство и гинекология	договор
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 2024 году.

2.2 Результат тестирования, проведённого **в рамках процедуры** первичной аккредитации специалиста, по специальности:  Лечебное дело  Педиатрия

Год проведения аккредитации:  2023  2024

Организация проведения аккредитации: ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России

2.3 Результат тестирования, проведённого **вне процедуры** первичной аккредитации специалиста, по специальности:  Лечебное дело  Педиатрия

Год проведения тестирования:  2023  2024

Организация проведения тестирования: \_\_\_\_\_

Иванов

подпись поступающего

3. О себе сообщаю следующее:

Фамилия Иванов Имя Александр Отчество Петрович  
Дата рождения « 08 » мая 1980 г. Место рождения г. Астрахань  
Документ, удостоверяющий личность (паспорт): серия: 4500 номер 212000  
кем выдан: ГУ МВД России по Астраханской области  
дата выдачи « 20 » мая 2020 г. Код подразделения 350-403  
СНИЛС № 161-168-01050 Гражданство: Российское Федерация  
Адрес постоянной регистрации: 414000, г. Астрахань, ул. Волжская,  
дом 12, корп. 1 кв. 13  
Адрес фактического проживания (совпадает с адресом регистрации ДА  НЕТ) 414004  
г. Астрахань, ул. Ленина, дом 1 кв. 10  
телефон (мобильный): + 903 110 11 12  
телефон (родителей): + 916 700 76 48 (мать / отец)  
адрес электронной почты: IVANOV20@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 2024 году ФГБОУ ВО "Астраханский государственный  
медицинский университет" Минздрава России  
(Полное название образовательной организации, выдавшей документ об образовании)

Выдан диплом: серия 104000 номер 0401385  
регистрационный номер 23-195 дата выдачи 24.06.2024г.  
присуждена квалификация врача по специальности: врач-лечебник

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

имею  не имею

Свидетельство об 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 \_\_\_\_\_

Иванов

подпись поступающего



<p>- от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)</p>	
<p>д) Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках</p> <p><i>Копия трудовой книжки или справка с места работы + копия трудовой договор</i></p>	
<p>е) Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"</p> <p><i>Копия диплома (все страницы)</i></p>	
<p>ж) Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)</p> <p><i>Справка + характеристика</i></p>	
<p>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</p> <p><i>Справка</i></p>	<p><i>Справка № 201 от 25.04.2023г. ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России</i></p>
<p>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</p> <p><i>Копия трудовой книжки или трудовой договор Документ, подтверждающий правомерность занятия указанной должности (сертификат, допуск и т.д.)</i></p>	
<p>к) Индивидуальные достижения, установленные Центром:</p>	
<p>- средний балл диплома 5,0</p> <p><i>Копия документа установленного образца об образовании</i></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><i>Копия трудовой книжки или справка с места работы + копия трудового договор</i></p>	

✓   
подпись поступающего

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 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.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): \_\_\_\_\_

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, Иванов Александр Петрович  
зарегистрированный по адресу (с указанием индекса) 414000, г. Петраховск  
ул. Волжская дом 12, корп. 1 кв. 13  
серия 4500 номер паспорта 412000 выдан (дата выдачи, наименование органа,  
выдавшего паспорт, код подразделения) ГУ МВД России по Астраханской области  
код подразделения: 350-403, выдан: 20.05.2020г.

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.

«10» июня 2024 г. Иванов Александр Петрович  
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 2023 году.  \_\_\_\_\_  
подпись поступающего

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 оказании платных образовательных услуг  \_\_\_\_\_  
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:**