

## РЕШЕНИЕ ПРИЕМНОЙ КОМИССИИ

Зачислить на \_\_\_\_\_ курс

По специальности \_\_\_\_\_

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приказ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель приемной комиссии

\_\_\_\_\_ В.А. Шаронова

## ДИРЕКТОРУ ФГБПОУ «МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в ФГБПОУ «Медицинский колледж» для обучения специальности

За счет бюджетных ассигнований

По договору об оказании платных образовательных услуг

Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_

Гражданство (если изменяли, то укажите, когда и по какой причине) \_\_\_\_\_

Адрес по прописке \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания (регистрация), тел. \_\_\_\_\_

Образование, когда и какие учебные заведения окончили. Специальность по диплому, квалификация по диплому \_\_\_\_\_

Среднее профессиональное образование получаю впервые (да, нет) \_\_\_\_\_

Отношение к воинской обязанности, воинское звание \_\_\_\_\_

Паспорт или документ его заменяющий (номер, серия, кем и когда выдан) \_\_\_\_\_

Заграничный паспорт (номер, серия, кем и когда выдан) \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения (награды, грамоты и др. сведения) \_\_\_\_\_

## СВЕДЕНИЯ о родственниках (отец, мать, братья, сестры)

Мать (Ф.И.О., место работы, должность, телефон) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Отец (Ф.И.О., место работы, должность, телефон) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Брат (сестра) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Согласно правилам приема, прилагаю следующие документы:

- |  |                    |
|--|--------------------|
| 1. Документ об образовании                         | 9. Копия паспорта  |
| 2. 6 фотографий 3*4 черно-белых                    | 10. Копия СНИЛС    |
| 3. Копия страхового полиса                         | 11. Характеристика |
| 4. Медицинская справка (форма №086)                | 12. _____          |
| 5. Копия сертификата профилактических<br>прививок  | 13. _____          |
| 6. Справка из наркологического диспансера          | 14. _____          |
| 7. Справка из дермы – венерологического диспансера | 15. _____          |
| 8. Справка из психоневрологического диспансера     | 16. _____          |

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С Уставом колледжа, Лицензией на право осуществления образовательной деятельности (с приложениями), Свидетельством о государственной аккредитации (с приложениями) ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С Правилами приема и условиями обучения, и Правилами поведения в данном образовательном учреждении ознакомлен(а) и обязуюсь их выполнять

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С датой представления оригинала документа об образовании (до 10 августа 2024 года)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Согласен(а) на оказание первой доврачебной медицинской помощи в медицинском кабинете ФГБПОУ «Медицинский колледж» УДП РФ

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.