Председателю приемной комиссии

ГБУЗ МО МОНИКИ

им. М.Ф. Владимирского

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) в родительном падеже)*

|  |  |
| --- | --- |
| Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Документ, удостоверяющий личность |
| Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Тел. | Кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Эл.почта |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Страна | Регион | Район | | Населенный пункт | |
|  |  |  | |  | |
| Индекс | Улица | Дом | Стр. | Корп. | Кв. |
|  |  |  |  |  |  |

Сведения об образовании и документе установленного образца:

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ году

Наименование образовательного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диплом серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рег. номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

на обучение по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского на обучение по программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре

по программе подготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*шифр, наименование программы подготовки*

Форма обучения очная

Основа обучения *(нужное подчеркнуть)*

на места по договорам об оказании платных образовательных услуг

на места в рамках контрольных цифр приема граждан в пределах квоты целевого приема

На вступительном испытании сдаю экзамен по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_языку

*(указать иностранный язык)*

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие/отсутствие опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *Подпись поступающего /*  *Доверенного лица* |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *(указать, при наличии, сведения об указанных работах, изобретениях и отчетов по научно-исследовательской работе)* |  |
| Необходимо создание следующих специальных условий |  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| При проведении вступительных испытаний по *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| В связи с ограниченными возможностями здоровья/инвалидностью  *(нужное подчеркнуть)* |  |
| Имею индивидуальные достижения (*при наличии указать сведения о них*) |  |
|  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| Способ возврата оригиналов документов в случае не поступления на обучение *(заполняется в случае представления оригинала документа об образовании)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |  |
| *(указать способ возврата поданных документов с указанием почтового адреса)* |  |
| Согласен(а) на обработку моих персональных данных: |  |
| Подтверждаю получение высшего образования данного  уровня впервые: |  |
|  |  |
| С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности, копией свидетельства о государственной аккредитации и приложениями к ним ознакомлен(а): |  |
|  |  |
| С правилами приема в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского ознакомлен(а) |  |
|  |  |
|  |  |
| С правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний, проводимых ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского ознакомлен(а): |  |
| С информацией об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении о приеме, за подлинность документов, поданных при поступлении, ознакомлен(а): |  |
| С датами завершения предоставления сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а): |  |
|  |  |
| С датой предоставления оригиналов документов об образовании.  установленного образца |  |

подпись поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_