

Генеральному директору ФГБУ "НМИЦ гематологии" Минздрава России,
Паровичниковой Е.Н.

от _____

Дата рождения _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____

номер _____

Дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

Адрес регистрации: _____

Электронная почта: _____

Телефон: _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

Прошу принять меня на обучение по программе ординатуры

№ пп	Код и наименование специальности	Условия поступления	Приоритетность
1			
2			

(Код и наименование специальности, условия поступления и приоритетность- выбрать из выпадающего списка)

по очной форме обучения.

О себе сообщаю следующее:

окончил(а) в _____

году _____

(Наименование организации)

по специальности: _____

Диплом: серия _____

номер _____

регистрационный номер диплома _____

Дата выдачи _____

Свидетельство об аккредитации специалиста:

номер _____

Дата выдачи _____

Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии:

Протокол номер _____

от _____

года _____

Сертификат специалиста (при наличии): номер _____

специальность _____

Дата выдачи _____

Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений (при наличии- отметить галочкой)

<input type="checkbox"/>	Стипендиат Президента РФ, Правительства РФ	
<input type="checkbox"/>	Документ установленного образца с отличием	
<input type="checkbox"/>	Опубликованная научная статья	
<input type="checkbox"/>	Медицинский/фармацевтический стаж на должностях с СПО	_____ лет, мес.
<input type="checkbox"/>	Медицинский/фармацевтический стаж на должностях с ВО	_____ лет, мес.
<input type="checkbox"/>	Медицинский/фармацевтический стаж на должностях с ВО в сельских насел.пунктах/раб.поселках	_____ лет, мес.
<input type="checkbox"/>	Дипломант Всероссийской студенческой олимпиады "Я- профессионал"	
<input type="checkbox"/>	Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья	
<input type="checkbox"/>	Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности (COVID-19) не менее 150 часов	
<input type="checkbox"/>	Трудовая деятельность, практическая подготовка (COVID-19) не менее 30 календарных дней	
<input type="checkbox"/>	Наличие документа, подтверждающего владение медицинским английским языком	

В случае не поступления на обучение (только в части оригиналов документов) прошу вернуть документы: лично или доверенному лицу / путем направления документов через операторов почтовой связи общего пользования (ненужное зачеркнуть)

С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности и приложениями к ней, копией свидетельства о государственной аккредитации и приложениями к нему, Уставом (в том числе через информационные системы общего доступа) ознакомлен (-а).

(подпись)

С Порядком приема, правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний, сроками завершения представления согласия на зачисление ознакомлен (-а).

(подпись)

Согласен на обработку персональных данных.

(подпись)

За подлинность документов и достоверность сведений, указанных в заявлении, несу персональную ответственность.

(подпись)

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры/об окончании интернатуры (по специальности, указанной в заявлении) – для поступающих на места в рамках контрольных цифр приема.

(подпись)

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если при подаче заявления о приеме указанный документ не был представлен).

(подпись)

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)