|  |
| --- |
| Директору ФГБУ  |
| «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» |
| Минздрава России, член-корреспонденту РАН, |
| профессору, д.м.н.С.И. Ачкасову от |
|  |
| *(фамилия, имя, отчество полностью)* |
|  |
|  |

**Заявление о приеме на обучение**

Прошу принять меня на обучение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году в ординатуру ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

* в рамках контрольных цифр
* по договорам об оказании платных образовательных услуг;
* в пределах целевой квоты;
* на места для приема граждан Российской Федерации, лиц, указанных в [пунктах 63](https://base.garant.ru/71692980/97b8c9f3a13854fc8a6963283222c502/#block_1063) и [66](https://base.garant.ru/71692980/97b8c9f3a13854fc8a6963283222c502/#block_1066) Порядка, и иных иностранных граждан, лиц без гражданства.

 *(указать нужное)*

и допустить к сдаче вступительных испытаний (если требуется)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Сведения о поступающем

1. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц, год).
2. Сведения о гражданстве: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Реквизиты документов, удостоверяющих личность, в том числе реквизиты выдачи указанного документа (кем и когда выдан):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Страховой номер индивидуального лицевого счета в системе индивидуального (персонифицированного) учета (номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования, а именно, СНИЛС) *(при наличии)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Сведения о предыдущем образовании и документе об образовании и/или о квалификации его подтверждающем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Сведения о сертификате специалиста (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений, предусмотренных [пунктом 46](https://base.garant.ru/71692980/97b8c9f3a13854fc8a6963283222c502/#block_1046) Порядка (при наличии индивидуальных достижений - с указанием сведений о них): «копии документов об индивидуальных достижениях прилагаются»; в ином случае пишется «нет»):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Почтовый и электронный адрес, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Потребность в общежитии (да/нет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
11. Потребность в специальных условиях проведения вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью («да» перечень условий/нет):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
12. Способ возврата поданных документов в случае непоступления на обучение (в случае представления оригиналов документов) (лично, доверенному лицу, по почте):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С лицензией на право образовательной деятельности ознакомлен \_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Со свидетельством о государственной аккредитации ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

С правилами приема, утвержденными организацией, а также с документами и информацией, указанными в части 2 статьи 55 Федерального закона N 273-ФЗ ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

С правилами подачи апелляций по результатам проведения вступительных испытаний в ординатуру ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России \_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки (при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр) \_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Предупрежден о том, что дата завершения представления оригинала документа о высшем образовании, дата завершения представления сведений о согласии на зачисление (при поступлении не места в рамках контрольных цифр приема), оригинал документа о высшем образовании представляется в Центр не позднее 18:00 по Московскому времени 12 августа 2025 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Предупрежден о том, что дата завершения представления оригинала документа о высшем образовании, дата завершения представления сведений о согласии на зачисление, внесение оплаты и подписания договора (на места по договорам об оказании платных образовательных услуг), указанные документы представляются в Центр не позднее 18:00 по Московскому времени 13 августа 2025 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

Я предупрежден об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых при поступлении, и подтверждаю это своей подписью \_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

\

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(расшифровка подписи)* |

|  |
| --- |
|  |
| *(число, месяц, год)* |