

Регистрационный номер

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Гражданство

СНИЛС

Зарегистрированного(ой) по адресу:

индекс, регион (область, край, республика), район, населенный пункт (город, поселок, деревня), улица, дом, корпус, квартира

телефон(ы) для связи

117105, г. Москва, Варшавское ш., 16А

Документ, удостоверяющий личность

серия

№

Когда и кем выдан

Код подразделения

Документ о предыдущем уровне образования

Аттестат об основном общем образовании (9 кл.)

оригинал

копия

серия

№

выдан

Средний балл

Биология

Химия

Русский язык

о среднем общем образовании (11 кл.)

оригинал

копия

серия

№

выдан

Средний балл

Биология

Химия

Русский язык

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для зачисления на обучение по программам среднего профессионального образования в соответствии со следующими приоритетами:

	Приоритет 1	Приоритет 2	Приоритет 3
Специальность			
На базе			
Форма обучения			
Условия обучения			

Подпись поступающего

В специальных условиях проведения вступительных испытаний нуждаюсь:

да нет

подтверждающий документ

Подпись поступающего

В общежитии нуждаюсь: да нет

Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование впервые:

да нет

Подпись поступающего

Индивидуальные достижения предоставил согласно п. 47 правил приема:
 да нет _____
Подпись поступающего

Преимущественные права предоставил согласно п. 48 правил приема:
 да нет _____
Подпись поступающего

Первоочередные права предоставил согласно п. 48 правил приема:
 да нет _____
Подпись поступающего

С копиями лицензии (с приложениями) на право осуществления образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации (с приложениями), уставом, этическим кодексом, правилами внутреннего распорядка обучающихся, положением о платных образовательных услугах, положением о порядке перевода, отчисления и восстановления обучающихся ознакомлен(а)
_____ Подпись поступающего

Даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных ФГБПОУ «Медицинский колледж» на срок обучения.
_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о необходимости оформления временной регистрации в Москве (Московской области) в течение 90 дней с даты издания приказа о зачислении на обучение в ФГБПОУ «Медицинский колледж»
_____ Подпись поступающего

Информирован о необходимости состоять на воинском учете (встать на первоначальный воинский учет)
_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о запрете курения на территории ФГБПОУ «Медицинский колледж» и клинических баз
_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о невозможности допуска к практической подготовке при отсутствии заполненной личной медицинской книжки в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. No 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров»
_____ Подпись поступающего

Информирован(а) о необходимости ношения на территории ФГБПОУ «Медицинский колледж» и клинических баз сменной обуви и специальной одежды
_____ Подпись поступающего

Даю добровольное согласие на психологическое сопровождение, включая проведение тренингов, применение психологических методик, проведение учебных занятий за пределами территории ФГБПОУ «Медицинский колледж» и клинических баз
_____ Подпись поступающего _____ Подпись родителя

Информирован(а) о минимальных технических требованиях для работы на образовательном портале колледжа
_____ Подпись поступающего _____ Подпись родителя

Дата предоставления оригинала документа об образовании не позднее _____
_____ Подпись поступающего

Дата проведения вступительных испытаний _____
_____ Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии _____
Подпись _____ Расшифровка _____