|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Директору ФГБУ «Национальный медицинский | | | | | | | | |
| исследовательский центр оториноларингологии | | | | | | | | |
| ФМБА России» | | | | | | | | |
| Н.А. Дайхесу | | | | | | | | |
| от гр. |  | | | | | | | |
| *(Фамилия Имя Отчество)* | | | | | | | | |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | | | | |
| Дата рождения | | | |  | | | | |
| Гражданство | | | |  | | | | |
| Паспорт | | |  | | № | |  | |
| Когда и кем выдан | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| СНИЛС | |  | | | | | | |
| проживающего (ей) по адресу | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Электронный адрес | | | | | |  | | |
| Номер мобильного телефона | | | | | | | |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить к участию в конкурсе для поступления на программу ординатуры по очной форме обучения на места по договору об оказании платных образовательных услуг за счет средств физического (юридического) лица по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(шифр, наименование специальности)*

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_ г. высшее учебное заведение:

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

*(наименование образовательного учреждения в именительном падеже)*

диплом: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование специальности)*

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о сертификате специалиста (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способ возврата документов, поданных для поступления на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С **лицензией** на право осуществления образовательной деятельности (с приложениями), правилами приема, правилами подачи письменного заявления в апелляционную комиссию по результатам проведения вступительных испытаний и другими локальными нормативными актами организации, регламентирующими вопросы организации приема на обучение по программам ординатуры *ознакомлен (а)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

*Уведомлен(а)* о **наличии** у ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА России» свидетельства о государственной аккредитации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

*Уведомлен(а)* об отсутствии у ФГБУ НМИЦО ФМБА России общежития \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006 г. N931, ст. 3451) *согласен(на)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

*Ознакомлен(а)* с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и предоставления подлинных документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

*Ознакомлен(а)* с датой завершения приема документа установленного образца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

*Обязуюсь* представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(подпись)*

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРИЛАГАЕМЫХ К ЗАЯВЛЕНИЮ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Наименование документа** | **(подпись заявителя)** |
| 1 | Копия документа, удостоверяющего личность |  |
| 2 | Копия СНИЛС |  |
| 3 | Копия ИНН |  |
| 4 | Документ о высшем медицинском и (или) высшем фармацевтическом образовании |  |
| 5 | Приложение к документу о высшем медицинском и (или) высшем фармацевтическом образовании |  |
| 6 | Копия свидетельства об аккредитации специалиста или выписки 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) (при наличии) |  |
| 7 | Копия сертификата специалиста (при наличии) |  |
| 8 | Копии документов, подтверждающие индивидуальные достижения поступающего (при наличии): |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 9 | Военный билет п и наличии) |  |
| 10 | 4 фотографии 3х4 |  |
| 11 | Автобиография |  |
| 12 | Характеристика с последнего места работы и/или учебы (при наличии) |  |
| 13 | Справка формы 086/у (медицинская книжка) |  |
| 14\* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* (при наличии)

– лица с ограниченными возможностями здоровья прилагают копии документов, подтверждающих ограниченные возможности их здоровья

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_