|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  проживающего (ей) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронный адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер мобильного телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**З А Я В Л Е Н И Е**

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 31.08.58 ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ .

*(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. №31, 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) |  |
| 7 | Копия сертификата специалиста (при наличии) |  |
| 8 | Копии документов, подтверждающие индивидуальные достижения поступающего (при наличии): |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 9 | Военный билет (при наличии) |  |
| 10 | 4 фотографии 3 х 4 |  |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_