|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору УНИИФ-филиала  ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России  С.Ю. Красноборовой |
| от |  |
|  | (фамилия, имя и отчество полностью) |
|  |  |
|  | адрес регистрации (место жительства по паспорту |
|  |  |
|  |  |
|  | (адрес электронной почты, телефон) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | | | | | | | |
| Дата рождения |  | Гражданство |  | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия | | | |  | № |  |
| когда и кем выдан: |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Почтовый адрес (по желанию поступающего) | | | |  |
|  | | | | |
| Номер сот.тел. |  | | Е-mail: | |
| прошу допустить меня к вступительным испытаниям и к участию в конкурсе для поступления | | | | | |
| в ординатуру по специальности (ям): | | |  | | |

(наименование специальности)

|  |
| --- |
|  |

(наименование специальности)

|  |  |
| --- | --- |
| Страховое свидетельство обязательного пенсионногострахования |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма обучения** |  | **очная** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основа обучения** |  | **в рамках контрольных цифр приема** |  | **в рамках целевой квоты** |  | **по договору об оказании платных образовательных услуг** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Условия поступления на обучение** |  | **раздельно по программам ординатуры в зависимости от специальности** |  | **раздельно в рамках**  **контрольных цифр и по договорам об**  **оказании платных**  **образовательных услуг** |  | **раздельно**  **на места в пределах целевой квоты и на места в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты** |  | раздельно на места для приема граждан Российской Федерации, лиц, указанных в [пунктах 10.3](http://ivo.garant.ru/#/document/71692980/entry/1063) и 10.6 Правил приема, и иных иностранных граждан, лиц без гражданства |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сведения о документе об образовании и квалификации:** | | | | | | | | | | | | |
| Окончил(а) в |  | | году образовательное учреждение высшего профессионального образования | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| (полное название учебного заведения) | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование документа | | | |  | | серия |  | № |  | выдан в |  | году | | |
| по специальности | |  | | | | | | | | | | | |
| присуждена квалификация | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:**   * **стипендии Президента Российской Федерации** **или** **стипендии Правительства Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования):  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | имею | |  | не имею |  | | * **документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации:** | | | | | | | имею | |  | не имею |  | | * **статьи в профильном научном журнале,** входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий | | | | | | имею | |  | не имею |  |  * **общий стаж работы в должностях медицинских работников,** подтвержденный в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования): * **от 9 месяцев** на должностях медицинских работников **со средним профессиональным образованием** (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | **не имею** | | | | | |  |  | **имею** |  | **лет** |  | **месяцев** | |  | | | | | | | |   место работы, должность |

* **от 9 месяцев до полутора лет** на должностях медицинских работников **с высшим образованием** (1,0 ставка по основному месту работы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** | | | | | |
|  |  | **имею** |  | **лет** |  | **месяцев** |
|  | | | | | | | | |

место работы, должность

* **от полутора лет и более** на должностях медицинских работников **с высшим образованием** (1,0 ставка по основному месту работы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** | | | | | |
|  |  | **имею** |  | **лет** |  | **месяцев** |
|  | | | | | | | | |

место работы, должность

* **общий стаж** работы на должностях медицинских работников **с высшим образованием работа на указанных должностях не менее 9 месяцев** в медицинских организациях, расположенных **в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** | | | | | |
|  |  | **имею** |  | **лет** |  | **месяцев** |
|  | | | | | | | | |

место работы, должность

* **диплом Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **имею** |  | **не имею** |

* **участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья,** в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **да** |  | **нет** |

* **участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с** осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению **новой коронавирусной инфекции (COVID-19),** при продолжительности указанной деятельности **не менее 150 часов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **да** |  | **нет** |

* **осуществление трудовой деятельности** на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) **прохождение практической подготовки** **по образовательным программам медицинского образования**, если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет **не менее 30 календарных дней**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **да** |  | **нет** |

* **исключительное право на достигнутый научный результат (патент)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **имею** |  | **не имею** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Потребность в предоставлении места для проживания в общежитии в период обучения**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **есть** | | | | |  | | | | **нет** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Образование по программам подготовки в ординатуре в** **рамках контрольных цифр приема получаю:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| впервые | | |  | | не впервые | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | *(подпись поступающего  или доверенного лица)* | | | | | |
| **Диплом об окончании ординатуры или интернатуры по специальности, указанной в данном заявлении** (подчеркните вид обучения)**:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| имеется | | |  | | отсутствует | | | | |  | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | *(подпись поступающего  или доверенного лица)* | | | | | |
| **Я ознакомлен (а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:**   |  |  | | --- | --- | | а) копией лицензии на осуществление образовательной деятельности  (с приложением); |  | | б) копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением); | *подпись поступающего* | | в) датой (датами) завершения приема оригинала документа установленного образца и (или) заявления о согласии на зачисление; | *подпись поступающего* | | г) правилами приема, утвержденными в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, в том числе правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания; | *подпись поступающего* | | д) информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов. | *подпись поступающего* | |  | *подпись поступающего* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Согласие на обработку персональных данных:**  В соответствии со статьей 9 Федерального законаот 27.07.2006 N 152-ФЗ  «О персональных данных»:   * в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; * для статистических и иных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных; * для формирования и ведения делопроизводства и документооборота, в том числе в электронном виде.   **даю согласие УНИИФ – филиалу ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России**, расположенному по адресу: г. Екатеринбург, ул. 22-го Партсъезда, д.50, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных [пунктом 3 статьи 3](consultantplus://offline/ref=9E69508B3A6BB169B38C5C7F26D9C475DAFA1E198335D9BA952DB042F65B9C5441644933ACAEAF72s2o0J) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».  **Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:**  – фамилия, имя, отчество;  – пол, возраст;  – дата и место рождения;  – данные документов, удостоверяющих личность;  – данные СНИЛС;  – адрес регистрации по месту жительства и адрес фактического проживания;  – номер телефона (домашний, мобильный);  – адрес электронной почты;  – данные документов об образовании, квалификации;  – отношение к воинской обязанности;  – сведения о трудовом стаже, предыдущих местах работы;  – информация об участии в конкурсе и приеме на обучение по образовательным программам высшего образования в УНИИФ – филиале ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России.  Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) | | |
| **Даю обязательство:**  Представить заявление о согласии на зачисление не позднее дня завершения приема заявления о согласии на зачисление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего)  **Заявления и документы подаются мною в приемную комиссию одним из перечисленных способов:**   |  |  | | --- | --- | | – лично – оригиналы / копии(нужное подчеркнуть) |  | |  |  | | – через почтовое отправление Почтой России – – оригиналы / копии(нужное подчеркнуть) |  | | – электронная форма в Личном кабинете абитуриента – сканы или фотографии |  | | с обеспечением машиночитаемого распознавания их реквизитов |  |   **К заявлению прилагаю документы** (поставить пометку в соответствующей графе)   |  |  | | --- | --- | | Наименование документа | наличие | | 1. Документ (документы), удостоверяющий личность, гражданство |  | | 1. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования |  | | 1. Документ о высшем медицинском образовании по программам специалитета установленного образца (с приложением) |  | | 1. Документы, подтверждающие индивидуальные достижения (при наличии) |  | | 1. Свидетельство об аккредитации специалиста (при наличии) |  | | 1. Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования) (при наличии) |  | | 1. Сертификат специалиста (при наличии) |  | | 1. Военный билет (при наличии) |  | | 1. Договор о целевом обучении (при наличии) |  | | 1. 2 фотографии поступающего размером 3×4 |  | | 1. Медицинский документ с результатами обследования сроком давности не более 6 месяцев:   – медицинская справка (ф. 086/у)  – медицинская книжка,  – паспорт здоровья |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | . | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
|  | (дата подачи заявления) | | | | |  | (подпись поступающего) | | | | | | | | | | |  | (расшифровка подписи) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заявление и документы принял:  Ответственный секретарь приемной комиссии | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | . | | | | |  |  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | |
|  | (дата приема заявления) | | | | |  | (подпись) | | | | | | | | | | |  | (расшифровка подписи) | | | | | | | |