Директору УНИИФ-филиала

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

С.Ю.Красноборовой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф. И. О. полностью

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

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

адрес регистрации (место жительства по паспорту)

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

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

почтовый домашний адрес

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

адрес электронной почты, телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| **Я**, |

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  |  | Гражданство: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Документ, удостоверяющий личность: паспорт | | серия | 6511 | № |  |
| Когда и кем выдан: |  | | | | |
|  | | | | | |
| **прошу зачесть в качестве вступительного испытания для поступления в ординатуру** по  специальности: \_\_ | | | | | | |

(наименование специальности)

– результаты тестирования, пройденного в\_\_\_\_\_\_\_ году при поступлении в ординатуру по специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование специальности)

в

|  |
| --- |
|  |

(наименование организации, в которой проводилось вступительное испытания (тестирование))

Количество баллов \_\_\_\_\_\_.

Основание: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и номер документа)

– результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной [абзацем вторым пункта 4](http://ivo.garant.ru/#/document/71423024/entry/10042) «Положения об аккредитации специалистов» утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н, пройденного в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_году в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

(наименование организации, в которой проводилось тестирование)

Количество баллов \_\_\_\_\_\_.

Основание: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и номер документа)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего), (расшифровка подписи)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление и документы принял:  Отв. секретарь  приемной комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка подписи) | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_. |