Директору ФГБУ «НМИЦ ФПИ»

Минздрава России

И.А. Васильевой

,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного по адресу:

,

(адрес регистрации указывается с почтовым индексом)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| **Я**, |

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Документ, удостоверяющий личность: паспорт | | | | | серия | |  | № | |  |
| Когда и кем выдан: | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес (с индексом): | | |  | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Е-mail | | |  | | | | | | |
| прошу допустить меня к вступительным испытаниям и к участию в конкурсе для | | | | | | | | | | | | |
| поступления в ординатуру по специальности: | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

(наименование специальности)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основа обучения** |  | **в рамках контрольных цифр приема** |  | **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** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Окончил(а) в |  | году образовательное учреждение высшего профессионального образования | | | |
|  | | | | | |
| (полное название учебного заведения) | | | | | |
| Документ о высшем профессиональном образовании: диплом серия | | |  | № |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| выдан в |  | году | по специальности |  |

*(код и полное наименование специальности)*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| оригинал |  | копия |  |

|  |
| --- |
|  |
| **Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:**   * **стипендии Президента Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось   в период получения высшего медицинского образования):   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | имею | |  | не имею |  | | * **стипендии Правительства Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования):   получения высшего медицинского образования): | | | | | | | имею | |  | не имею |  | | * **документ установленного образца с отличием**: | | | | | | имею | |  | не имею |  |  * **общий стаж работы от одного года до трех лет в должностях медицинских работников**   **со средним профессиональным образованием в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г № 1183 н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 марта 2013 г., регистрационный № 27723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2014 г. № 420 н** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 августа 2014 г., регистрационный № 33591), **подтвержденный в порядке, установленном** [**трудовым законодательством**](http://ivo.garant.ru/#/document/12125268/entry/5) **Российской Федерации** (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования)**:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |
|  |  | **имею, \_\_\_\_\_\_ лет** |

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

место работы, должность

* **общий стаж работы девяти месяцев до двух лет в должностях медицинских работников с высшим профессиональным образованием в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г № 1183 н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 марта 2013 г., регистрационный № 27723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2014 г. № 420 н** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 августа 2014 г., регистрационный № 33591), **подтвержденный в порядке, установленном** [**трудовым законодательством**](http://ivo.garant.ru/#/document/12125268/entry/5) **Российской Федерации** (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |
|  |  | **имею, \_\_\_\_\_\_ (месяцев) лет** |

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

место работы, должность

* **стаж работы от девяти месяцев в должностях медицинских работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г № 1183 н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 марта 2013 г., регистрационный № 27723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2014 г. № 420 н** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 августа 2014 г., регистрационный № 33591), **подтвержденный в порядке, установленном** [**трудовым законодательством**](http://ivo.garant.ru/#/document/12125268/entry/5) **Российской Федерации** (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |
|  |  | **имею, \_\_\_\_\_\_ (месяцев) лет** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

место работы, должность

**О себе дополнительно сообщаю:**

|  |
| --- |
| Наличие опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе: |
|  |
|  |
|  |

**Способ возврата поданных документов** в случае не поступления на обучение:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **лично или доверенному лицу** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **путем направления документов через операторов почтовой связи общего пользования** |

|  |
| --- |
| **Общежитие:**  нуждаюсь / не нуждаюсь |

|  |  |
| --- | --- |
| **Образование по программам подготовки в ординатуре получаю:**  впервые / не впервые . |  |
|  | *(подпись поступающего (доверенного лица))* |

**Диплом об окончании ординатуры или диплом об окончании интернатуры по специальности, указанной в данном заявлении:**

имеется / отсутствует .

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(подпись поступающего (доверенного лица))* |
| **Я ознакомлен (а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:**  а) копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложениями)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (подпись поступающего (доверенного лица))  б) копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или информацией  об отсутствии указанного свидетельства  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (подпись поступающего (доверенного лица))  в) датой (датами) завершения приема документа установленного образца  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (подпись поступающего (доверенного лица))  г) правилами приема, утвержденными в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России,  в том числе правилами подачи аппеляции по результатам вступительного испытания  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | (подпись поступающего (доверенного лица))  д) информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (подпись поступающего (доверенного лица))  В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ “О персональных данных” и в связи с прохождением мною обучения по программе ординатуры в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России  **даю согласие**  ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, расположенному по адресу:127473, город Москва, ул. Достоевского, д.4, корп. 2 (место оказания образовательных услуг: 620039, г. Екатеринбург, ул. 22-го Партсъезда, дом 50) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ “О персональных данных”, со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ»  Минздрава России в соответствии с Приказом ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России «Об организации образовательной деятельности по программам послевузовского образования и иным образовательным программам» от 30.12.2013 № 159.  Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | | (подпись поступающего (доверенного лица)) |  | (расшифровка подписи) | |  | д) информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (подпись)  **Информирован:** |   **Даю обязательство:**  Представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема  документа установленного образца (для поступающего, не представившего  указанный документ при подаче заявления о приеме)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (подпись поступающего (доверенного лица))  **Прилагаю к заявлению:**   1. копию документа, удостоверяющего личность, гражданство; 2. оригинал (копию) документа о высшем медицинском образовании   по программам специалитета и приложения к нему;   1. свидетельство об аккредитации специалиста или выписку из   итогового протокол 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);   1. сертификат специалиста (при наличии); 2. документы, подтверждающие индивидуальные достижения поступающего (при наличии); 3. военный билет (при наличии); 4. 4 фотографии формата 4x6; 5. медицинскую справку по форме 086/У не старше 6 месяцев (при отсутствии медицинской   справки по форме 086/У - копию паспорта здоровья и оригинал для сверки).   1. список опубликованных работ, изобретений (при наличии); 2. копии документов, подтверждающих ограниченные возможности здоровья (для лиц   с ограниченными возможностями здоровья);   1. копии договоров о целевом обучении с федеральными государственными   органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации,  органами местного самоуправления, государственными (муниципальными) учреждениями,  унитарными предприятиями, государственными корпорациями, государственными  компаниями или хозяйственными обществами, в уставном капитале которых  присутствует доля Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или  муниципального образования, и оригиналы направлений указанных органов или  организаций, соответствующие установленным организации  контрольным цифрам приема (для граждан Российской Федерации,  претендующих на обучение на условиях целевого приема),   1. сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования,   предусмотренном [статьей 7](http://ivo.garant.ru/#/document/10106192/entry/7) Федерального закона от 1 апреля 1996 г. № 27-ФЗ  «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного  пенсионного страхования» (для граждан Российской Федерации; иностранных граждан и лиц без  гражданства, являющихся соотечественниками, проживающими за рубежом, при условии соблюдения ими  требований, предусмотренных [статьей 17](consultantplus://offline/ref=B1C193AE4B00BC2EAE42CC79F778484CB01020F25AD65E1D6A726722F3A04FECC23CE9CA3631A837iEvFI) Федерального закона от 24 мая 1999 г. N 99-ФЗ «О  государственной политике Российской Федерации в отношении соотечественников за рубежом»;  иностранных граждан, поступающих на обучение на основании международных договоров);   1. заявление об учете в качестве результатов вступительного испытания результата   тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления и/или проводимого  в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной [абзацем вторым](http://ivo.garant.ru/" \l "/document/71423024/entry/10042)  [пункта 4](http://ivo.garant.ru/" \l "/document/71423024/entry/10042) «Положения об аккредитации специалистов», пройденного в году,  предшествующем году поступления, или в году поступления  (по желанию поступающего).  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись поступающего (доверенного лица), расшифровка подписи)  **СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных** | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление и документы принял: Отв. секретарь приемной комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка) | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.201\_\_\_. |