Директору ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

И.А. Васильевой

от ,

(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: | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Адрес проживания (с индексом): | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 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)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)*

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| **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 |  |  * **статьи в профильном научном журнале,** индексируемом в базе данных Scopus или базе данных Web of Science, автором которой является поступающий, либо в которой поступающий указан первым в коллективе соавторов или указан наряду с первым соавтором как внесший равный вклад в опубликованную статью  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | имею |  | не имею |  |  * **общий стаж работы в должностях медицинских работников,** подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования): * **от одного года** на должностях медицинских **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 одного года до двух лет** на должностях медицинских работников **с высшим образованием** (1,0 ставка по основному месту работы)

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

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

место работы, должность

* **от двух 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** 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, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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** |

**О себе дополнительно сообщаю:**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Общежитие**: | | | | нуждаюсь | | |  | | | | / не нуждаюсь | | | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Образование по программам подготовки в ординатуре получаю:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| впервые | |  | / не впервые | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | *(подпись поступающего  или доверенного лица)* | | | |
| **Диплом об окончании ординатуры или диплом об окончании 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 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* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ “О персональных данных” **даю согласие на обработку персональных данных** 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.  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)  **К заявлению прилагаю документы в форме документов на бумажном носителе, преобразованные в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания их реквизитов:**   1. документ, удостоверяющего личность, гражданство; 2. документ о высшем медицинском образовании по программам специалитета и приложение к нему; 3. свидетельство об аккредитации специалиста или выписку 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); 4. сертификат специалиста; 5. документы, подтверждающие индивидуальные достижения; 6. военный билет; 7. медицинскую справку по форме 086/У не старше 6 месяцев (при отсутствии медицинской справки по форме 086/У - копию паспорта здоровья); 8. список опубликованных работ, изобретений; 9. документы, подтверждающие ограниченные возможности здоровья (для лиц с ограниченными возможностями здоровья); 10. договор 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); 11. страховое свидетельстве обязательного пенсионного страхования, предусмотренное [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); 12. 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 пункта 4](http://ivo.garant.ru/#/document/71423024/entry/10042) «Положения об аккредитации специалистов», пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления (по желанию поступающего). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | . | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | |
|  | (дата подачи заявления) | | | |  | (подпись поступающего ) | | | | | | | | | | | | |  | | (расшифровка подписи) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заявление и документы принял:  Ответственный секретарь приемной комиссии | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | (подпись) | | | | |  | | | | (расшифровка подписи) | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_.г.  (дата приема документов) | | | | | | | |