Директору УНИИФ-филиала

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

С.Ю. Красноборовой

от ,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного по адресу:

(адрес регистрации указывается с почтовым индексом)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| **Я**, |

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | гражданство (при наличии) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 выписке из протокола заседания аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации для проведения аккредитации специалистов, имеющих высшее медицинское образование** (при наличии):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Субъект РФ |  | | | | |
| Итоговый протокол от | | |  | № |  |
| Специальность: | |  | | | |

**Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста** (при наличии):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность: | |  | | |
| Наименование профессионального стандарта: | | | |
|  | | | (код и полное наименование профессионального стандарта) |
| Место проведения аккредитации: | |  | |
|  | | | |
| Дата выдачи: |  |  | |

**Сведения о сертификате специалиста** (при наличии):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | Номер |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Специальность: | |  |
| Место проведения сертификации: | |  |
|  | | |
| Дата выдачи: |  |  |

**Сведения об учете в качестве результатов вступительного испытания** (при наличии):

* результатов тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления:

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

* результатов тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной абзацем вторым пункта 4 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 334н, пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления.

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

***При подтверждении учета результатов тестирования в качестве результатов   
вступительного испытания необходимо указать:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Специальность: |  | |
| Организация, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование): | | |
|  | | |
|  | | |
| Год прохождения вступительного испытания (тестирования) (по желанию поступающего): | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации:** | | | | | | | 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 9 месяцев** 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 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, 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** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Способ возврата оригинала документов, поданных для поступления на обучение** (в случае непоступления на обучение и в иных случаях, установленных Правилами приема): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **представляются в Приемной комиссии** | | | | | | | | |  | | **направляются через операторов почтовой связи общего пользования** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **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 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 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)  **К заявлению прилагаю документы** (поставить пометку в соответствующей графе)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Наименование документа | Форма документа | | | | ориги-нал | копия | электронная форма, полученная путем сканирования или фотографирования  с обеспечением машиночитаемого распознавания  их реквизитов | | 1. Документ (документы), удостоверяющий личность, гражданство |  |  |  | | 1. Документ о высшем медицинском образовании по программам специалитета установленного образца (с приложением) |  |  |  | | 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. Документы, подтверждающие индивидуальные достижения (при наличии) |  |  |  | | 1. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования |  |  |  | | 1. Военный билет (при наличии) |  |  |  | | 1. 4 фотографии поступающего (за исключением случаев, когда взаимодействие с поступающими при проведении вступительного испытания (далее – тестирование) осуществляется с использованием дистанционных технологий |  |  |  | | 1. Согласие на зачисление |  |  |  | | 1. Договор о целевом обучении (при наличии) |  |  |  | | 1. Медицинская справка (ф. 086/у) сроком давности не более 6 месяцев (при наличии) или паспорт здоровья |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | . |  |  | | | | |  |  | | | |
|  | (дата подачи заявления) |  | (подпись поступающего ) | | | | |  | (расшифровка подписи) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Заявление и документы принял:  Ответственный секретарь приемной комиссии | | | | | | |  | | | |  |  |
|  | | | | | | | (подпись) | | | |  | (расшифровка подписи) |
|  | | | |  | |  | | | | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_.г.  (дата приема документов) | | |