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 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/%22%20%5Cl%20%22/document/71423024/entry/10042) [пункта 4](http://ivo.garant.ru/%22%20%5Cl%20%22/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\_\_\_. |