|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору УНИИФ-филиалаФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава РоссииС.Ю. Красноборовой |
| от |  |
|  | (фамилия, имя и отчество полностью) |
|  |  |
|  | адрес регистрации (место жительства по паспорту |
|  |  |
|  |  |
|  | (адрес электронной почты, телефон) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Я,  |
| Дата рождения |  | Гражданство |  |
| 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 наличии или отсутствии индивидуальных достижений:****а) стипендии Президента Российской Федерации** **или** **стипендии Правительства Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| имею |  | не имею |  |
| **б) наличие документа о высшем медицинском образовании с отличием:** |
| имею |  | не имею |  |
| **в) статьи в профильном научном журнале,** входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий |
| имею |  | не имею |  |

**г) наличие общего стажа работы в должностях медицинских работников (**периода военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденного в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась начиная с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования), за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 ле**т:**:* **от 9 месяцев до полутора лет** -в должностях медицинских работников **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 полутора лет и более - в** должностях медицинских работников **со средним профессиональным образованием** (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |
|  |  | **имею**  |  | **лет** |  | **месяцев** |

* **от 9 месяцев до полутора лет** - в должностях медицинских работников **с высшим образованием** (не менее 1,0 ставки по основному месту работы)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |
|  |  | **имею**  |  | **лет** |  | **месяцев** |
|  |

место работы, должность

* **от полутора лет и более** - в должностях медицинских работников **с высшим образованием** (не менее 1,0 ставки по основному месту работы)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |
|  |  | **имею**  |  | **лет** |  | **месяцев** |
|  |

место работы, должность

* **наличие общего стаж** работы в должностях медицинских работников **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 в области медицины и здравоохранения»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **имею** |  | **не имею** |

* **участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья,** в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)

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

* **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** |

* **поступление на обучение в рамках целевой квоты по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, предусматривающему освоение образовательной программы высшего образования следующего уровня, после завершения освоения основной образовательной программы высшего образования в соответствии с договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, ранее заключенным между поступающим и тем же федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем**

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

* **исключительное право на достигнутый научный результат (патент)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **имею** |  | **не имею** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **- участие в профориентационных мероприятиях, организуемых заказчиком (для поступающих на места в пределах целевой квоты)**

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

 |
| **Потребность в предоставлении места для проживания в общежитии в период обучения**: |
|  | **есть** |  | **нет** |
|  |  |
| **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 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 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) **Заявления и документы подаются мною в приемную комиссию одним из перечисленных способов:**

|  |  |
| --- | --- |
| – лично – оригиналы / копии(нужное подчеркнуть) |  |
|  |  |
| – через почтовое отправление Почтой России – оригиналы / копии(нужное подчеркнуть) |  |
|  |  |
| – электронная форма в Личном кабинете абитуриента – сканы или фотографии |  |
|  с обеспечением машиночитаемого распознавания их реквизитов |  |

**К заявлению прилагаю документы** (поставить пометку в соответствующей графе)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа | наличие |
| 1. Документ (документы), удостоверяющий личность, гражданство
 |  |
| 1. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования
 |  |
| 1. Документ о высшем медицинском образовании по программам специалитета установленного образца (с приложением)
 |  |
| 1. Документы, подтверждающие индивидуальные достижения (при наличии)
 |  |
| 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. Военный билет (при наличии)
 |  |
| 1. Договор о целевом обучении (при наличии)
 |  |
| 1. 2 фотографии поступающего размером 3×4
 |  |
| 1. Медицинский документ с результатами обследования сроком давности не более 6 месяцев:

– медицинская справка (ф. 086/у)– медицинская книжка, – паспорт здоровья  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |

 |
|  | . |  |   |  |  |
|  | (дата подачи заявления) |  | (подпись поступающего) |  | (расшифровка подписи) |
|  |
|  |
| Заявление и документы принял: Ответственный секретарь приемной комиссии |  |  |  |
|  | . |  |   |  |  |
|  | (дата приема заявления) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |