И.о. директора УНИИФ-филиала

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

С.Ю. Красноборовой

|  |
| --- |
| от |
| Ф. И. О. полностью |
|  |
| адрес регистрации (место жительства по паспорту) |
|  |
|  |
| почтовый домашний адрес |
|  |
| адрес электронной почты, телефон |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Прошу допустить меня, | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | (Ф. И. О. поступающего) | | | | | | | | | |
|  | | | | гражданина | | | | Российской Федерации | | | | | | | | | |  |
| (дата рождения) | | | |  | | | | (гражданство / отсутствие гражданства) | | | | | | | | | | |
| паспорт | | серия | | | 66 11 | | номер | | | | 333 224 | | | дата выдачи | | | 12.02.5555 |  |
| реквизиты документа, удостоверяющего личность | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| кем выдан | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| имеющего высшее образование | | | | | | | | | | диплом | | | 105631 0347621 | | |  | 12.23.1663 |  |
|  | уровень | | | | |  | | | | | |  | | серия и номер | | | (дата выдачи) | |
| выданного | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | (название образовательной организации, выдавшей документ об образовании) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | квалификация | | врач-педиатр | |

к прохождению вступительных испытаний по специальной дисциплине и участию в конкурсе на право поступления на обучение по программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по следующим условиям:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| – форме обучения: | | | |
| очная |  |  |
| очно-заочная |  |  |
| заочная |  |  |
|  |  |  |
| – научной специальности: | | | |
| 3.1.9 Хирургия |  |  |
| 3.1.26 Фтизиатрия |  |  |
| 3.1.29 Пульмонология |  |  |
|  |  |  |
| – в рамках контрольных цифр и по договорам об оказании платных образовательных услуг: | | | |
| в рамках контрольных цифр приема |  |  |
| по договорам об оказании платных образовательных услуг |  |  |
|  |  |  |
| * на места в пределах целевой квоты и в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты *(для поступающих на обучение в рамках контрольных цифр приема):* | | | |
| на места в пределах целевой квоты |  |  |
| на основные места (в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты |  |  |

Имею / не имею (нужное подчеркнуть) индивидуальные достижения. Сведения о них (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Есть необходимость / нет необходимости (нужное подчеркнуть) создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Есть потребность / нет потребности (нужное подчеркнуть) в предоставлении места для проживания в общежитии на период обучения.

Есть намерение /нет намерения сдавать вступительное испытание с использованием дистанционных технологий (нужное подчеркнуть).

Местом сдачи вступительного испытания с использованием дистанционных технологий (при наличии намерения) будет являться: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места сдачи вступительного испытания с использованием дистанционных технологий)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Я ознакомлен (а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:** | | |
| 1) | копией устава ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России |  |
| 2) | сведениями о дате предоставления и регистрационном номере  лицензии на осуществление образовательной деятельности | (подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| 3) | копией свидетельства о государственной аккредитации и приложений к ним (при наличии) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| 4) | образовательными программами подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре; | (подпись) |
| 5) | другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности по программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре | (подпись) |
| 6) | правами и обязанностями обучающихся | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| 7) | Правилами приема граждан на обучение по образовательным программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре в Уральском научно-исследовательском институте фтизиопульмонологии-филиале федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2023 году | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| 8) | информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| 9) | датой завершения представления оригиналов документов (диплома, заявления о согласии на зачисление) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| **Подтверждаю:**  1) отсутствие диплома об окончании аспирантуры  (адъюнктуры), свидетельства об окончании аспирантуры, свидетельства об окончании адъюнктуры, диплома кандидата наук  *(для поступающих на обучение в рамках контрольных цифр приема)* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| 2) факт указания в заявлении о приеме достоверных сведений | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

**Способ возврата оригиналов документов, поданных для поступления на обучение (**в случае незачисления на обучение и в иных случаях, установленных Правилами приема)**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| представляются в Приемной комиссии |  |  |
| направляются через операторов почтовой связи общего пользования |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

подпись инициалы, фамилия

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Согласовано:

Ответственный секретарь

приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

подпись инициалы, фамилия

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.