|  |  |
| --- | --- |
|  | 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
ОБ УЧЕТЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ**

|  |
| --- |
| Я,  |
| Дата рождения |  | Гражданство | Российская Федерация |
| Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия |  | № |  |
| когда и кем выдан: |  |
| **прошу зачесть в качестве вступительного испытания для поступления в ординатуру** |
| **по специальности** |  |
|  |  | (наименование специальности) |
| – результаты тестирования, пройденного в году при поступлении в ординатуру |
| по специальности |  |
|  |  | (наименование специальности) |
| в |
| (наименование организации, в которой проводилось вступительное испытания (тестирование)) |
| Количество баллов |  | Дата проведения |  |  |
| Основание:  |
| (наименование и номер документа) |
| – результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной [абзацем вторым пункта 4](http://ivo.garant.ru/#/document/71423024/entry/10042) «Положения об аккредитации специалистов» утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.06.2016 № 334н, пройденного в году |
| в |
| (наименование организации, в которой проводилось вступительное испытания (тестирование)) |
| Количество баллов |  | Дата проведения |  |  |
| Основание:  |
| (наименование и номер документа) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 2024 г. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | (подпись поступающего) |  | (инициалы, фамилия) |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Заявление и документы принял: |  |  |  |  |
| Ответственный секретарь приемной комиссии |  |  |
| « |  | » |  | 2024 г. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | (подпись) |  | (инициалы, фамилия) |