

Директору
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России
академику РАН, профессору И.С.СТИЛИДИ

Заявление о приеме на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Фамилия | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Имя | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отчество | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Прошу принять мои документы для участия в конкурсе для поступления на обучение по программам ординатуры в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России. Данный уровень высшего образования получаю впервые.

| | | |
|---|--|----|
| Специальность | | |
| Сроки обучения | с | по |
| Условия поступления (указать приоритет – 1, 2, 3) | - Место в пределах целевой квоты (бюджет) | |
| | - Место в рамках контрольных цифр приема (бюджет) | |
| | - Место по договору об оказании платных образовательных услуг | |
| Наличие договора о целевом обучении | Субъект РФ, федеральный орган исполнительной власти, организация (указать) | |

О себе сообщаю следующее:

| | |
|-----------------------|--|
| Дата и место рождения | |
| СНИЛС | |

| | |
|-------------|---|
| Гражданство | Гражданин/-ка Российской Федерации (<i>подчеркнуть</i>) |
| | Другое (<i>указать страну</i>) |

| | |
|----------------------|--|
| Адрес по регистрации | |
| | |

| | |
|---|---|
| Адрес фактического проживания, потребность в предоставлении общежития | |
| | В общежитии не нуждаюсь / в общежитии нуждаюсь (<i>подчеркнуть</i>) |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Телефон (<i>дом./раб./моб.</i>) | |
|-----------------------------------|--|

| | |
|--------|--|
| E-mail | |
|--------|--|

| | |
|------------------------|--|
| Серия и номер паспорта | |
|------------------------|--|

| | |
|-------------------|--|
| Кем и когда выдан | |
|-------------------|--|

Сведения о высшем образовании

| | |
|---|--|
| Наименование ВУЗа, город, год окончания | |
|---|--|

| | |
|---|--|
| Факультет ВУЗа, полученная специальность по диплому | |
|---|--|

| | |
|-------------------------|--|
| Документ об образовании | Серия и № диплома ВУЗа: _____ |
| | Дата выдачи _____ с отличием (подчеркнуть) |

Последипломное профессиональное образование

| | |
|--|--|
| Ординатура/интернатура: ВУЗ/Научное учреждение, специальность, период учебы | с _____ по _____ |
| Серия и № диплома об окончании, дата выдачи | |
| Серия и № сертификата специалиста, дата выдачи | |
| Свидетельство об аккредитации специалиста №, дата выдачи | |
| Прошу засчитать в качестве вступительного испытания результаты тестирования при первичной аккредитации | Номер и дата выдачи аккредитационной комиссии: _____ Количество баллов: _____ |
| Прошу засчитать в качестве вступительного испытания результаты тестирования, сданного в другом учреждении | Наименование учреждения и дата сдачи тестирования: _____ Количество баллов: _____ |
| Прошу допустить меня к сдаче вступительного тестирования, проводимого в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина | Дата проведения _____ |

Наличие индивидуальных достижения (отмечается знаком V):

- Стипендия Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации;
 Диплом о высшем образовании с отличием;
 Общий стаж в должностях медицинских/фармацевтических работников со средним профессиональным образованием _____ (указать);
 Общий стаж в должностях медицинских/фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием _____ (указать);
 Общий стаж в должностях медицинских/фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в сельских населенных пунктах или рабочих поселках _____ (указать);
 Публикация в научном издании в профильном журнале, входящем в ядро БД РИНЦ и/или международные БД;
 Наличие диплома участника Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»;
 Волонтерская деятельность в сфере охраны здоровья (с предоставлением соответствующих документов)
 Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение (пункт «к» правил приема).

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (указать):

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности, Уставом и Правилами приема в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, с Положением о порядке подачи и рассмотрения апелляции ознакомлен(а).

Подпись поступающего: _____

В случае предоставления мною заведомо подложных документов и несоответствующих действительности сведений несу ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Подпись поступающего: _____

Даю согласие на обработку моих персональных данных, включая видео/фотосъемку в ходе приема и учебного процесса.

Подпись поступающего: _____

При поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр приема подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры/интернатуры по специальности: 1) поступления или 2) дающей возможность получить специальность, указанную в заявлении, путем обучения по профессиональной переподготовке.

Подпись поступающего: _____

В случае моего согласия на зачисление, обязуюсь представить заявление о согласии на зачисление (диплом) не позднее даты указанной в пункте 54 Правил приема.

Подпись поступающего: _____

ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПЕРЕД ЗАКАЗЧИКАМИ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ НЕ ИМЕЮ

Подпись поступающего: _____

Заявление принято в приемную комиссию ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России
«__» _____ 202__г.

(подпись)

(Ф.И.О. ответственного лица приемной комиссии)

К заявлению прилагается:

1. Копия документа, удостоверяющего личность _____
2. Копия документа о высшем образовании _____
3. Копия военного билета (для граждан РФ) _____
4. Копии документов об индивидуальных достижениях _____
5. Копия документа о наличии ограничения возможностей _____
6. Копия договора на обучение (при наличии) _____
7. Копии иных документов, указанных в пункте 22 Правил приема _____
8. Восемь фотографий 3x4 см _____

**Начальник методического
образовательного отдела**

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

**Заведующий отделом
функциональной диагностики**

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

Врач-терапевт

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

Отдел охраны труда

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

Военно-учетный стол

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата