

**!!!ВСЕ ДАННЫЕ НУЖНО ВНОСИТЬ  
В СООТВЕТСТВИИ С ДОКУМЕНТАМИ!!!**

**И.о. ректора федерального государственного бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования «Приволжского исследовательского медицинского университета»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**От**

Фамилия	<b>Иванов</b>	Гражданство	<b>РФ</b>
Имя	<b>Иван</b>	Документ, удостоверяющий личность:	<b>паспорт</b>
Отчество	<b>Иванович</b>	Серия	<b>0000</b>
Дата рождения	<b>00.00.0000</b>	Номер	<b>000000</b>
Пол	<b>мужской</b>	Когда и кем выдан	<b>ОУФМС России по Нижегородской обл. в Ленинском р-не гор. Нижего Новгорода 00.00.0000</b>

Почтовый адрес **603000 г.Нижний Новгород, ул. Минина, д.00, кв.00 (УКАЖИТЕ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ)**

Электронный адрес **ivanov@yandex.ru (УКАЖИТЕ ДЕЙСТВУЮЩИЙ E-MAIL)**

Телефон **+79000000000 (УКАЖИТЕ ДОСТУПНЫЙ НОМЕР, МОЖНО НЕСКОЛЬКО)**

**З А Я В Л Е Н И Е № \_\_\_\_\_**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе по программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по следующим условиям поступления:

<b>Группа научных специальностей</b>	<b>Научная специальность</b>	<b>Условия поступления (форма обучения)</b>	<b>Основание приема (целевая квота, основные места в рамках КЦП, места по договорам)</b>	<b>Приоритеты зачисления</b>
<b>Укажите только 1 группу</b> 1. Клиническая медицина 2.Профилактическая медицина 3.Медико-биологические науки 4.Фармацевтические науки 5.Биологические науки	<b>Укажите 1 конкретную специальность (см.сайт)</b>	<b>Очная</b>	<b>Выберите из предложенных вариантов согласно плану приема (см.сайт):</b>  1.целевая квота 2. основные места в рамках КЦП 3.места по договорам	<b>Расставьте цифры от 1 до .... в соответствии с важностью каждого варианта для Вас (1 – самый важный вариант), если Вы выбрали несколько специальностей</b>

**Язык вступительных испытаний:**

<b>Вступительное испытание</b>	<b>Язык, на котором сдается вступительное испытание</b>
Специальная дисциплина	<b>Русский</b>
Философия	<b>Русский</b>
Иностранный язык	<b>Английский / или Немецкий /или Французский (ОСТАВЬТЕ НУЖНОЕ)</b>

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью: **нуждаюсь/не нуждаюсь (ОСТАВЬТЕ НУЖНОЕ)**

*перечень вступительных испытаний и специальных условий*

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Окончил(а)

**ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛНЫМ НАЗВАНИЕМ, УКАЗАННЫМ В ДИПЛОМЕ)**

*наименование образовательного учреждения*

год окончания 0000 диплом серия 0000 номер 00000000

по специальности **Лечебное дело (УКАЖИТЕ ВАШУ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ПО ДИПЛОМУ)**

Ординатуру/ интернатуру

**ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛНЫМ НАЗВАНИЕМ, УКАЗАННЫМ В ДИПЛОМЕ ИЛИ УДОСТОВЕРЕНИИ) ЕСЛИ У ВАС НЕТ ОРДИНАТУРЫ ИЛИ ИНТЕРНАТУРЫ, ОСТАВЬТЕ ПОЛЕ ПУСТЫМ**

*наименование образовательного учреждения*

год окончания 0000 диплом серия 0000 номер 00000000

по специальности **Хирургия (УКАЖИТЕ ВАШУ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ПО ДИПЛОМУ)**

Сведения о наличии индивидуальных достижений

**УКАЖИТЕ СВОИ ДОСТИЖЕНИЯ СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ПРИЕМА (перечень см. на сайте ПИМУ)**

Документы, подтверждающие наличие индивидуальных достижений

**УКАЖИТЕ КРАТКО ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВАШИ ДОСТИЖЕНИЯ (например, диплом 1 степени, выдан 01.02.2023 ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)**

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) 000-000-000 00 (УКАЖИТЕ ВАШ СНИЛС)

В общежитии на период обучения **нуждаюсь/не нуждаюсь (ОСТАВЬТЕ НУЖНОЕ)**

Дата заполнения 00.00.2023 Подпись **ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**

С уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, правилами приема ПИМУ ознакомлен(а).

**ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**

*подпись поступающего*

Согласен (на) на обработку персональных данных

**ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**

- в случае зачисления – 75 лет

*подпись поступающего*

- в случае незачисления – 6 месяцев

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании аспирантуры, свидетельства об окончании аспирантуры или диплома кандидата наук (при поступлении на места в рамках контрольных цифр)

**ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**

*подпись поступающего*

С датой завершения приема оригинала документа  
установленного образца / согласия на зачисление ознакомлен(а) **ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**  
*подпись поступающего*

Обязуюсь представить документ установленного образца не  
позднее дня завершения приема документа установленного  
образца

**ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**  
*подпись поступающего*

С информацией о необходимости указания в заявлении о  
приеме достоверных сведений и представления подлинных  
документов ознакомлен(а)

**ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**  
*подпись поступающего*

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ВСЕХ ПОЛЕЙ И НАЛИЧИЕ  
ВСЕХ ПОДПИСЕЙ!!!!**

**РАСПЕЧАТАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОДНОМ ЛИСТЕ С ДВУХ СТОРОН!!!**

**НЕ ЗАБУДЬТЕ ЗАПОЛНИТЬ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ!!!**