

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

От

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность: _____
Отчество _____	Серия _____
Дата рождения _____	Номер _____
Пол _____	Когда и кем выдан _____

Почтовый адрес _____

Электронный адрес _____

Телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е № _____

Прошу допустить меня к вступительному испытанию и участию в конкурсе по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры по следующим условиям поступления:

Специальность	Условия поступления (форма обучения)	Основание приема (целевая квота, основные места в рамках КЦП, места по договорам)	Приоритеты зачисления

О себе сообщаю следующие сведения:

Окончил(а)

наименование образовательного учреждения

год окончания _____ диплом серия _____ номер _____

по специальности _____

Ординатуру/ интернатуру _____

наименование образовательного учреждения

год окончания _____ диплом серия _____ номер _____

по специальности _____

Свидетельство об аккредитации специалиста или выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста

дата получения _____ серия _____ номер _____

Сертификат специалиста
дата получения _____ серия _____ номер _____

Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) _____
Сведения о наличии индивидуальных достижений _____

Документы, подтверждающие наличие индивидуальных достижений _____

В случае зачисления планирую проходить обучение на кафедре _____

В общежитии на период обучения *нуждаюсь/не нуждаюсь* (нужное подчеркнуть).

Способ возврата документов, поданных поступающим *лично/ через операторов почтовой связи/ посредством электронной информационной системы ПИМУ* (нужное подчеркнуть).

Дата заполнения _____ Подпись _____

С уставом, копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением), свидетельства о государственной аккредитации (с приложением), правилами приема, правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а)

_____ *подпись поступающего*

Согласен(на) на обработку персональных данных в следующие сроки:

- в случае зачисления – 75 лет
- в случае незачисления – 6 месяцев

_____ *подпись поступающего*

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (при поступлении на места в рамках контрольных цифр)

_____ *подпись поступающего*

С датой завершения приема документа установленного образца ознакомлен(а)

_____ *подпись поступающего*

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

_____ *подпись поступающего*

Подтверждаю одновременную подачу заявлений о приеме не более, чем в три вуза, включая ПИМУ. Подтверждаю одновременную подачу заявлений о приеме в ПИМУ не более, чем по двум специальностям.

_____ *подпись поступающего*

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

_____ *подпись поступающего*

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
ЗАЯВЛЕНИЕ

№ дела _____

Ф.И.О. _____

Прошу засчитать в качестве вступительного испытания (*нужное выделить любым способом*):

1. результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста
2. результаты тестирования

Специальность (по диплому о высшем медицинском образовании)	Организация, в которой проходил(а) тестирование	Балл	Год

Дата заполнения « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____