

**!!!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 | Иванов | Гражданство | РФ |
| Имя | Иван | Документ, удостоверяющий личность: | паспорт |
| Отчество | Иванович | Серия | 0000 |
| Дата рождения | 00.00.0000 | Номер | 000000 |
| Пол | мужской | Когда и кем выдан | ОУФМС России по Нижегородской обл. в Ленинском р-не гор. Нижегорода 00.00.0000 |

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 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 |
|---|---|---|---|
| <i>Укажите выбранную специальность (максимум допускается 2)</i> | Очная | <i>Укажите отдельно для каждой специальности в отдельных строках. См. план приема на сайте – не во всех специальностях есть бюджет!!!</i> | <i>Расставьте цифры от 1 до в соответствии с важностью каждого варианта для Вас (1 – самый важный вариант)</i> |
| Педиатрия | Очная | Целевая квота | 1 |
| Фтизиатрия | Очная | Места по договорам | 2 |

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 **000000** номер **00000000**

по специальности Лечебное дело (УКАЖИТЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ПО ДИПЛОМУ)

Ординатуру/ интернатуру

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

наименование образовательного учреждения

год окончания 0000 диплом серия 000000 номер 00000000

по специальности Хирургия

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

дата получения 00.00.20.... серия - номер 000000000000

Сертификат специалиста **(ВНЕСИТЕ ДАННЫЕ, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ)**

дата получения _____ серия _____ номер _____

Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) 000000000000 (СНИЛС ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!)

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 01.02.2020 ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)

В случае зачисления планирую проходить обучение на кафедре _____

УКАЖИТЕ ЖЕЛАЕМУЮ КАФЕДРУ или ИНСТИТУТ (ТЕРАПИИ, ХИРУРГИИ, ЦЕНТР ЭНДОСКОПИИ)

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 00.00.2023 Подпись ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!

С уставом, копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности

(с приложением), свидетельства о государственной аккредитации (с **ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!** приложением), правилами приема, правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а)

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

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

подпись поступающего

ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!

подпись поступающего

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об _____

окончании интернатуры (при поступлении на места в рамках контрольных цифр) **ВАША ПОДПИСЬ ОТ РУКИ!!!**

подпись поступающего

С датой завершения приема документа установленного образца 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

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. **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

**РАСПЕЧАТАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОДНОМ ЛИСТЕ С ДВУХ СТОРОН!!!
ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ВСЕХ ПОЛЕЙ И НАЛИЧИЕ
ВСЕХ ПОДПИСЕЙ!!!!**



ЗАПОЛНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧЕТЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ!!!



ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России
ЗАЯВЛЕНИЕ

№ дела _____

Ф.И.О. _____ *Иванов Иван Иванович* _____

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

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

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ, ЧТОБЫ БЫЛ УЧТЕН РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТА, СДАННОГО В РАМКАХ ПРОЦЕДУРЫ АККРЕДИТАЦИИ (В 2022 ИЛИ 2023 ГОДУ), ПОДЧЕРКНИТЕ ИЛИ ВЫДЕЛИТЕ п.1

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПЕРЕСДАТЬ ТЕСТ (С 5 ПО 10 АВГУСТА В ПИМУ ИЛИ В ДРУГОМ ВУЗЕ В ДРУГИЕ СРОКИ) ИЛИ СДАВАЛИ В ПРОШЛОМ ГОДУ НЕ В РАМКАХ АККРЕДИТАЦИИ, а ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРДИНАТУРУ, ПОДЧЕРКНИТЕ ИЛИ ВЫДЕЛИТЕ п.2

БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ, ЭТО ОЧЕНЬ ВАЖНО!!!

| Специальность (по диплому о высшем медицинском образовании) | Организация, в которой проходил(а) тестирование | Балл | Год |
|--|--|--|--|
| <p><i>Лечебное дело / Педиатрия / Стоматология / Медико-профилактическое дело / Фармация</i></p> <p>ПО ДИПЛОМУ О ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ!!!!</p> <p>независимо от специальности ординатуры, на которую поступаете</p> | <p>ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России</p> <p>(Если Вы сдавали или будете сдавать тестирование в ПИМУ)</p> <p>Если сдавали или будете сдавать в другом ВУЗе, то нужно аналогично указать полное наименование другого ВУЗа</p> | <p align="center">100</p> <p>При наличии (если знаете результат). Если планируете сдавать, поставьте «0».</p> | <p align="center">2022 или 2023</p> <p>Год прохождения тестирования</p> |

Дата заполнения « 00 » 00 2023 г.

Подпись ВАША ПОДПИСЬ

ВЫ ОБЯЗАНЫ УКАЗЫВАТЬ ОДНУ И ТУ ЖЕ ИНФОРМАЦИЮ О ГОДЕ, МЕСТЕ ТЕСТИРОВАНИЯ И ИМЕЮЩИХСЯ БАЛЛАХ ВО ВСЕХ ВУЗАХ, В КОТОРЫЕ БУДЕТЕ ПОДАВАТЬ ДОКУМЕНТЫ!!!

НЕЛЬЗЯ В ОДНОМ ВУЗЕ СКАЗАТЬ, ЧТО ВЫ ХОТИТЕ УЧЕСТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ АККРЕДИТАЦИОННОГО ТЕСТА 2022 ГОДА, А В ДРУГОМ ВУЗЕ СКАЗАТЬ, ЧТО ВЫ БУДЕТЕ ПЕРЕСДАВАТЬ В 2023 ГОДУ!!!

РАСПЕЧАТАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ О ТЕСТИРОВАНИИ!!!

ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ВСЕХ ПОЛЕЙ И НАЛИЧИЕ ВСЕХ ПОДПИСЕЙ!!!! НЕ ЗАБУДЬТЕ ЗАПОЛНИТЬ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ!!!

ИТОГО У ВАС БУДЕТ 3 ЗАЯВЛЕНИЯ!!!