

**И.о. ректора федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

от

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество _____	_____
Дата рождения _____	Серия _____ № _____
Место рождения _____	Когда и кем выдан _____
_____	_____
Пол _____	_____

З А Я В Л Е Н И Е №

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по образовательным программам среднего профессионального образования на специальность:

Специальность	Условия поступления на обучение (форма обучения - очно-заочная)	Основание приема (места по договорам об оказании платных образовательных услуг)

Прошу учесть средний балл документа об образовании и балл по приоритетному предмету:

Средний балл документа об образовании	
Балл по приоритетному предмету (химия)	

О себе сообщаю следующие сведения:

Почтовый адрес _____

Электронный адрес _____

Телефон _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

Сведения об образовании _____
(основное общее, среднее общее, среднее профессиональное, высшее)

Окончил(а) в _____ году _____

Аттестат / диплом серия _____ № _____

Наличие/отсутствие индивидуальных достижений _____

Документы, подтверждающие наличие индивидуальных достижений _____

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

Дата заполнения « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____

Среднее профессиональное образование получаю впервые/повторно _____
(нужное подчеркнуть) *подпись поступающего*

С лицензией на осуществление образовательной деятельности (с приложением), свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам (с приложением), Уставом ПИМУ, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, Правилами приема ознакомлен(а). _____
подпись поступающего

С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен(а). _____
подпись поступающего

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

С необходимостью прохождения обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования) ознакомлен (а). _____
подпись поступающего

Согласен (на) на обработку персональных данных _____
- в случае зачисления – 75 лет *подпись поступающего*
- в случае незачисления – 6 месяцев