Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору

ГБПОО РА «Майкопский медицинский колледж»

Самоквитову Алексею Алексеевичу

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код подразделенияДата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Проживающий(ая) по адресу

**(по паспорту**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(фактический)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать адрес постоянной прописки и место пребывания абитуриента в период подготовки и

 проведения вступительных испытаний, при совпадении – указать «тот же»)

СНИЛС (страховое свидетельство) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сотовый (абитуриента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на специальность

**I. Базовой подготовки** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (бюджет/коммерция)

 (указать: Акушерское дело, Сестринское дело, Лабораторная диагностика)

**Базовой углубленной подготовки** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (бюджет/коммерция)

 (указать: Лечебное дело)

**II. Очно-заочное обучение (вечернее)**

(Сестринское дело на базе 11 класса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (бюджет(коммерция)

(указать: Сестринское дело)

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году: (нужное подчеркнуть)

* общеобразовательное учреждение (школа)
* специальное (коррекционное) образовательное учреждение (классы для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья)
* вечернее (сменное) образовательное учреждение
* образовательное учреждение начального профессионального образования (НПО)
* образовательное учреждение среднего профессионального образования (СПО)
* образовательное учреждение высшего профессионального образования (ВУЗ)
* другое

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование учебного заведения)

Имею:

Аттестат/диплом Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (аттестаты до 2014 г.)

Средний балл аттестата

Оценки из документа государственного образца об образовании

по русскому языку

по биологии

по химии

Трудовой стаж (если есть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет, \_\_\_\_\_\_\_\_ мес. (для очно-заочной (вечерней) формы обучения)

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью (указать условия)

(указать перечень вступительных испытаний и специальных условий)

Документ, предоставляющий право на льготы (социальные выплаты)

О себе дополнительно сообщаю:

Ф.И.О. матери

Место работы, должность

Телефон (раб., дом.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. отца

Место работы, должность

Телефон (раб., дом.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае представления заявления, содержащего не все сведения, или сведения, не соответствующие действительности, образовательная организация возвращает документы поступающему.

|  |  |
| --- | --- |
| Подтверждаю, что: | Подпись |
| Среднее профессиональное образование получаю впервые/не впервые (нужное подчеркнуть) |  |
| Ознакомлен(а) с лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним по выбранной специальности |  |
| Ознакомлен(а) с датой представления оригинала документа государственного образца (аттестата, диплома) для зачисления в колледж |  |
| Ознакомлен(а) с правилами приема, правилами подачи апелляции |  |
| Согласен (согласна) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» |  |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись абитуриента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ответственного лица приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_