

Заявление на приём в ординатуру

Ректору федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, член-корр. НАМНУ, д.мед.н., проф. Игнатенко Григорию Анатольевичу

Фамилия
Имя
Отчество

Пол
Мужской
Женский

Документ, удостоверяющий личность

Серия **№** **Код подразделения**

Дата выдачи
Число Месяц Год

Кем выдан

Дата рождения
Число Месяц Год

Контактный телефон

Заявление

Прошу допустить меня к вступительному испытанию и участию в конкурсе на обучение по программе ординатуры по указанной форме обучения в зависимости от суммы набранных мною конкурсных баллов.

Программа
(код специальности в соответствии с Перечнем специальностей по программам ординатуры)

Форма обучения:
в рамках контрольных цифр приёма (бюджет)
Очная

в рамках договора об оказании платных образовательных услуг (платная)
Очная

Сведения об образовании: **наименование специальности** _____ **Диплом:** _____ **№** _____
Кем выдан (учебное заведение): _____

Дата выдачи: _____ **Год окончания:** _____ **Рег. номер** _____ (указать город)
Специальность: _____

Квалификация: **специалист** **диплом с отличием**

Сертификате специалиста (при наличии) № _____, **дата выдачи** _____, **кем выдан** _____, **специальность** _____

Дополнительные сведения (об индивидуальных достижениях, стаже и условиях работы), при наличии _____

Подлинность представленной
в заявлении информации
подтверждаю (поступающий)

Подпись поступающего

Дата: Число Месяц

Г.

О себе сообщаю следующее:

Адрес регистрации: _____
(Государство, индекс, город, район, населённый пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Адрес проживания: _____
(Государство, индекс, город, район, населённый пункт, улица, дом, корпус, квартира ИЛИ указать, что совпадает с адресом регистрации)

Место рождения: _____

Гражданство: _____ E-mail: _____
(Название государства)

Общежитие на время обучения: **не нуждаюсь** **нуждаюсь**

Семейное положение: **женат (замужем)** **холост**

Сведения о доверенном лице поступающего _____
контактный телефон

ФИО полностью

Место работы (при наличии): _____

Необходимость создания специальных условий для проведения вступительного испытания в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью:

не нуждаюсь **нуждаюсь**

Способ возврата копий поданных документов в случае непоступления на обучение:

Передача лицу, отозвавшему поданные документы

Передача представителю

1. Ознакомлен с:

- а) лицензией на право ведения образовательной деятельности по выбранной специальности;
- б) уставом ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России;
- в) правилами приёма в ординатуру ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, в т.ч. правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания;
- г) датой завершения предоставления поступающими сведений о согласии на зачисление на места по КЦП и по Договорам;
- д) стоимостью обучения.

2. В ординатуре ранее обучался / не обучался (подчеркнуть).

3. Об ответственности за достоверность указываемых в заявлении сведений и за подлинность подаваемых для поступления документов информирован.

4. К заявлению прилагаю:

- 1) копия документа, удостоверяющего личность и гражданство;
- 2) копия справки о присвоении идентификационного номера;
- 3) копия СНИЛС;
- 4) копия диплома специалиста и приложения к нему;
- 5) список опубликованных научных журнальных статей и их копии;
- 6) четыре фотографии 3x4 см (портретные (анфас), цветные, матовые, давностью не более трёх месяцев);
- 7) согласие на обработку персональных данных;
- 8) копии документов, подтверждающих ограниченные возможности здоровья или инвалидность;
- 9) копии документов об индивидуальных достижениях;
- 10) копия трудовой книжки;
- 11) копия военного билета или заменяющего его документа военкомата;
- 12) выписка из протокола заседания Учёного совета ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России;
- 13) копия диплома об окончании интернатуры / ординатуры (подчеркнуть);
- 14) копия сертификата специалиста (сертификатов специалистов);
- 15) копия документа, подтверждающего действующую квалификационную категорию по врачебной (провизорской) специальности;
- 16) копия договора о целевом обучении.

*Подписи
поступающего:*

- 1.а) _____
- 1.б) _____
- 1.в) _____
- 1.г) _____
- 1.д) _____
2. _____
3. _____
- 4.1) _____
- 4.2) _____
- 4.3) _____
- 4.4) _____
- 4.5) _____
- 4.6) _____
- 4.7) _____
- 4.8) _____
- 4.9) _____
- 4.10) _____
- 4.11) _____
- 4.12) _____
- 4.13) _____
- 4.14) _____
- 4.15) _____
- 4.16) _____

Подпись поступающего _____ Дата _____

Заполняется ответственным работником приёмной комиссии

Проведена сверка подлинников предоставленных документов и их копий.

Подпись ответственного за приём документов _____ Дата _____