***Директору***

***Пятигорского медико-фармацевтического института –***

***филиала ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России***

***О.А. Ахвердовой***

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ, удостоверяющий личность |
| Отчество |
| Дата рождения | Серия № |
| Место рождения | Когда и кем выдан: |
|  |
|  | Сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (номер СНИЛС) |
|  |

Зарегистрирован(а) по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Номер мобильного телефона: +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

# ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления на обучение по программам

**ОРДИНАТУРЫ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование направления**  **подготовки (специальность)** | **Условия поступления** | **🗸** | **Подпись абитуриента** |
|  | Целевой набор |  |  |
| Общий курс |  |  |
| Компенсационная основа |  |  |
|  | Целевой набор |  |  |
| Общий курс |  |  |
| Компенсационная основа |  |  |

Приоритетность зачисления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу засчитать в качестве результатов вступительного испытания (тестирования):

Тестирование, проводимое в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста/приемной компании в 20\_\_\_ г.

Тестирование, проводилось по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование специальности)*

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование образовательной организации)*

Тестирование, проводимое образовательной организацией в рамках приемной компании 2024 г.

***О себе сообщаю следующее:***

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(год) (наименование образовательной организации)*

**Диплом:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер) (дата выдачи) (квалификация / специальность)*

Средний балл успеваемости за время обучения (рассчитывается как средний балл оценок приложения к документу установленного образца, округленных до тысячных):

**Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(специальность)*

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

*(год, место прохождения аккредитации)*

Документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер) (дата выдачи) (кем выдан)*

**Сведения о сертификате специалиста (при наличии):**

Документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер) (дата выдачи) (кем выдан)*

**Сведения об индивидуальных достижениях (отметить нужное):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации | | |
| * Документ установленного образца с отличием | | |
| * Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий | | |
| * Дипломанты всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал» | | |
| Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников: | | |
| * от 9 месяцев на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству); | * год | * месяцев |
| * от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы); | * год | * месяцев |
| * от двух лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы). | * лет | * месяцев |
| * Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках | | |
| * Осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней | | |
| * Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства) | | |
| * Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов | | |
| * иные индивидуальные достижения, установленные Правилами | | |

**Сведения об иных индивидуальных достижениях, перечень и порядок учета которых установлен Правилами приема в ПМФИ филиале ВолгГМУ в 2024 году**:

1. Средний балл успеваемости за время обучения

2.

3.

4.

5.

С Лицензией на право осуществления образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема, Положением об апелляционной комиссии, Документами, регламентирующими проведение вступительного испытания, с датами завершения представления оригинала документа об образовании на каждом этапе и на каждой стадии зачисления на места в рамках контрольных цифр, на места по договорам об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а).

С расписанием вступительного испытания, проводимого ПМФИ филиалом ВолгГМУ, ознакомлен(а).

На обработку своих персональных данных согласен(на).

Подачу заявления на участие в конкурсе не более чем в три образовательные организации, включая ПМФИ филиал ВолгГМУ, подтверждаю; подачу заявлений в ПМФИ филиал ВолгГМУ не более чем на 2 направления подготовки (специальности) подтверждаю.

Отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки) при поступлении на места в рамках контрольных цифр приема подтверждаю.

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

О возможных последствиях в период обучения в ПМФИ филиале ВолгГМУ и последующей профессиональной деятельности при наличии медицинских противопоказаний информирован(а).

С информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме и за подлинность документов, подаваемых для поступления ознакомлен(а)

Настоящим подтверждаю достоверность представленных в настоящем заявлении сведений, а также подтверждаю факт ознакомления с указанными в настоящем заявлении положениями и локальными актами Института. Все требования законодательства РФ, в том числе мои права и обязанности, связанные с поступлением в Институт мне разъяснены и понятны.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2024 г. **Поступающий:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии))**подпись*

Подпись ответственного лица приемной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_2024 г.