

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору областного государственного бюджетного  
профессионального образовательного учреждения  
«Рославльский медицинский техникум»  
Г.В.Фроловой

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

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон домашний (с кодом): \_\_\_\_\_ Мобильный телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления на направление подготовки (специальность):

Специальность		Сестринское дело	Фармация	Лечебное дело
на базе	основного общего образования (9 классов)			_____
	среднего общего образования (11 классов)			
	среднего профессионального или высшего профессионального образования	_____		_____
форма обучения		очная		
на места	финансируемые из областного бюджета			
	финансируемые из областного бюджета по целевому набору		_____	
	с полным возмещением затрат			
средний балл документа об образовании				
балл аттестата/ диплома	по русскому языку			
	по биологии			
	по химии			

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в 20\_\_ году :

- общеобразовательное учреждение \_\_\_\_\_
- учреждение начального профессионального образования \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ по специальности \_\_\_\_\_
- учреждение среднего профессионального образования \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ по специальности \_\_\_\_\_
- учреждение высшего профессионального образования \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ по специальности \_\_\_\_\_

Имею:

Аттестат Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_  
Когда выдан \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_

Диплом Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_  
Когда выдан \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_

Медаль/диплом «с отличием»:

В общежитии нуждаюсь  не нуждаюсь

Наличие  отсутствие особых прав при поступлении \_\_\_\_\_  
на основании \_\_\_\_\_  
(документ, предоставляющий особое право)

Прошу создать специальные условия \_\_\_\_\_  
при проведении вступительных испытаний \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ в связи с ограниченными возможностями здоровья.

Имею договор № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. о целевом обучении с медицинской организацией: \_\_\_\_\_

(название организации, с которой заключён договор о целевом обучении)

Трудовой стаж: \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

Иностранный язык: английский  немецкий  французский  не изучал(а)

Сведения о родителях:

Мать (Ф.И.О., место работы, телефон) \_\_\_\_\_

Отец (Ф.И.О., место работы, телефон) \_\_\_\_\_

О себе дополнительно сообщаю: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017г. Подпись поступающего \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_

Подтверждаю, что:

	Подпись поступающего	Подпись законного представителя (если поступающему не исполнилось 18 лет, либо он является сиротой)
Ознакомлен (а) с лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним по выбранной специальности		
Среднее профессиональное образование получаю впервые/не впервые: (нужное подчеркнуть)		
Ознакомлен(а) с датой представления оригинала документа государственного образца (аттестата, диплома) для зачисления в техникум		
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»		

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.

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