**Заявление о приёме на обучение**

Регистрационный номер (*заполняется секретарем Приемной комиссии*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Генеральному директору ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России **Чернявскому Александру Михайловичу**

*от*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения: |
| Зарегистрированного (ой) по адресу:  |
|  |
| Контактные телефоны (моб., дом.):  |
| Адрес электронной почты (по желанию поступающего) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на зачисление на 1 курс в **ординатуру** на очную форму обучения по направлению (ям) подготовки:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | Направление подготовки | Приоритет | Места, финансируемые | Места, финансируемые за |  |
|  | за счет средств | счет средств физических и |  |
|  |  |  | федерального бюджета | (или) юридических лиц |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  **Сведения** | **о дипломе специалиста:** Наименование | и место нахождения оконченного высшего учебного |

заведения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год окончания учебного заведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Диплом серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола**заседанияаккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Сведения о сертификате специалиста*** *(при наличии)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Сведения о СНИЛС*** *(при наличии)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Индивидуальные достижения** *(при наличии)\**

|  |  |
| --- | --- |
| **Для гражданина иностранного государства:**Встал(а) на миграционный учет да [ ], нет [ ] на срок до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| **Для обладателя документа об образовании, полученного в иностранном государстве:**Предупрежден(а) о необходимости получения свидетельства о признании документа об уровне образования в срок до дня завершения приема документов об образовании и квалификации | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| **Для поступающего на образовательные программы, имеющие государственную аккредитацию:**Я ознакомлен(а) с фактом наличия свидетельства о государственной аккредитации образовательных программ по специальностям ординатуры | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| Высшее образование данного уровня получаю **впервые:** да [\_\_\_], нет [\_\_\_].Подтверждаю **отсутствие** диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры: да [\_\_\_], нет [\_\_\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| **Ознакомлен (а)** (в том числе через информационные системы общего пользования):- с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);- с датами завершения приема документа об образовании и квалификации;- с правилами приема, утвержденными в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний, проводимых в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России самостоятельно | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| Подтверждаю подачу документов о приеме не более чем в 3 организации, включая ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России, и участие в каждой из указанных организаций в конкурсе не более чем по 2 специальностям | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| Обязуюсь представить оригинал документаоб образовании и квалификации не позднее**15.08.2022г**. по квотам приема на целевое обучение (при наличии); **18.08.2022 г**.при поступлении наместа,финансируемые за счет средств федерального бюджета (при наличии)**; 22.08.2022 г.** при поступление на места,финансируемые за счет средств физических и(или)юридическихлиц | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| Подтверждаю факт ознакомления с информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| Согласен (а) на обработку персональных данных, а также в случае изменения персональных данных, обязуюсь уведомить об измененных данных приемную комиссию в течение 5 рабочих дней | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |
| В случае невыполнения или нарушения мною обязательств, предусмотренных указанными правилами и положениями, претензий к приемной комиссии ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России не имею | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись поступающего, доверенного лица) |

**Перечень индивидуальных достижений**

\* Отметьте Ваши индивидуальные достижения (при наличии)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| А) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) | 20 баллов | **ДА / НЕТ** |
| Б) документ установленного образца с отличием | 55 баллов | \_\_\_\_\_ |
| В) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, индексируемом в базе данных Scopus или базе данных Web of Science, автором которой является поступающий, либо в которой поступающий указан первым в коллективе соавторов или указан наряду с первым соавтором как внесший равный вклад в опубликованную статью | 20 баллов | \_\_\_\_\_ |
| Г) общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):: |  | \_\_\_\_\_ |
| - от одного года 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) | 15 балов | \_\_\_\_\_ |
| - от одного года до двух лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) | 100 баллов | \_\_\_\_\_ |
| - от двух лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) | 150 баллов | \_\_\_\_\_ |
| Д) 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 | 25 баллов | \_\_\_\_\_ |
| Е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал» | 20 баллов | \_\_\_\_\_ |
| Ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства) в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 августа 2019 г №1067 «О единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)» | 20 баллов | \_\_\_\_\_ |
| З) иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в конкретную организацию: |  | \_\_\_\_\_ |
| **-** общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) от одного года в ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России | 4 балла | \_\_\_\_\_ |
| - победитель (призер) олимпиад статусом не ниже межвузовской, научных конференций (конкурсов) статусом не ниже городской в году поступления, либо в году предшествующему году поступления | 1 балл | \_\_\_\_\_ |