**Приложение №1**

к Порядку приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России на 2024 – 2025 учебный год

|  |  |
| --- | --- |
| *от* | Ректору ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России Алексеенко С.Н. |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ, удостоверяющий личность |
| Отчество |  |
| Дата рождения | серия | № |  |
| Место рождения | Когда и кем выдан: |
|  |
| Проживающего(ей) по адресу регистрации: |  |
| Телефон : дом. - |  | мобильный  |  |
| Адрес электронной почты: |  |
| **З А Я В Л Е Н И Е**  |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсном отборе в ординатуру на выбранные направления подготовки ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России с указанием приоритетности зачисления по различным условиям (указать цифрами 1,2, 3,4,5,6 ): |
| **Специальность** | **Приоритет** | **Подпись поступающего** |
| Специальность 1 |  |  |
| в рамках контрольных цифр приема (свободный конкурс) на условиях целевого приема по договору об образовании (платная форма) |
| Специальность 2  |  |  |
| в рамках контрольных цифр приема (свободный конкурс) на условиях целевого приема по договору об образовании (платная форма) |
| Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о прохождении аккредитации:  имеется\_\_\_\_да / нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Образование:** Сведения о документе установленного образца \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать наименование учебного заведения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (год окончания, реквизиты и номер документа, дата выдачи)Средний балл при обучении по программе специалитета ,  |
| Сертификат специалиста по специальности:(интернатура, ординатура) |  |
| Серия, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Образование по программам подготовки в ординатуре получаю** впервые / не впервые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего) |
| Общежитие: нуждаюсь  не нуждаюсь  |
| **Прилагаю следующие документы:**1. Копия документа, удостоверяющая личность (паспорт) да/нет 2. Оригинал и копия документа установленного образца о высшем медицинском или фармацевтическом образовании и приложение к нему (диплом, вкладыш) да/нет 3. Свидетельство об аккредитации специалиста или выписку из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с ФГОС ВО) да/нет4. Копия военного билета (при наличии) да/нет5.Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) да/нет 6.Документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях да/нет7. На условиях целевого приема-копии договоров о целевом обучении да/нет8. Документы, подтверждающие ограниченные возможности здоровья да/нет |
| **Сведения о наличии индивидуальных достижений:** |
| Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Диплом 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):-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); \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы);\_\_\_\_\_\_\_\_\_- от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы); \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа на указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских организациях и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках\_\_\_\_\_\_\_\_ Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| -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;\_\_\_\_\_\_\_\_  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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - рекомендация Ученого совета КубГМУ\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| С лицензией на осуществление образовательной деятельности (с приложением) ознакомлен(а) |   (Подпись поступающего) |
| Со свидетельством о государственной аккредитации (с приложением) ознакомлен(а)  |  |
| С Правилами внутреннего распорядка для обучающихся ФГБОУ ВО Минздрава России ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | (Подпись поступающего)(Подпись поступающего) |
| С Правилами приема в КубГМУ, в т.ч. с правилами подачи апелляций ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| С датой предоставления подлинника документа об образовании или согласия на зачисление ознакомлен(а) |  (Подпись поступающего) |
| Подтверждаю, что в 2024 году подаю документы не более чем в 3 вуза |  (Подпись поступающего) |
| Подтверждаю достоверность сведений в заявлении о себе: |  |
|  |  (Подпись поступающего) |
| При поступлении на места в рамках контрольных цифр – подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о при-еме 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 подготовки) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| Обязуюсь представить оригинал диплома в течение первого года обучения  | (Подпись поступающего)  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(Собственноручно заполнить согласие на зачисление при наличии оригинала или заверенной копии документа установленного образца)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(Подпись поступающего)**  |
| Согласен на зачисление по определенному мною приоритету условий поступления |   (Подпись поступающего) |
| Даю согласие на обработку моих персональных данных |   (Подпись поступающего) |
| **Подпись ответственного лица приемной комиссии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| Подпись поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |
|  |  |