Ректору ФГБОУ ВО

КубГМУ Минздрава России

С.Н. Алексеенко

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Фамилия, имя, отчество полностью)*

**«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения, паспорт гражданина

*(число) (месяц) (год)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать гражданство)*

выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*дата выдачи*) (*кем выдан*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе для поступления на обучение по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре.

О себе дополнительно сообщаю:

Предыдущий уровень высшего образования (специалитет или магистратура):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия и номер диплома | Дата  выдачи диплома | Полное наименование высшего учебного заведения | Год окончания вуза | Специаль-ность | Квалифи-кация |
|  |  |  |  |  |  |

Информация о планируемом обучении:

- направление подготовки – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*код, наименование*)

- направленность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование направленности)*

Форма и условия зачисления:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⁯ | очная форма  в рамках КЦП | ⁯ | очная форма  по договору | ⁯ | заочная форма  по договору |

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

*(очно/в рамках КЦП; очно/по договору; заочно/по договору)*

Буду сдавать иностранный язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(английский, немецкий, французский)*

Наличие индивидуальных достижений – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(да, нет; при наличии - с указанием сведений о них)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Необходимость предоставления места в общежитии – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(да, нет)*

Необходимость создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*да, нет*)

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

(*указать необходимые условия*)

Контактные телефоны:

домашний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес:

- по месту регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(индекс, регион, город/населенный пункт)*

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

*(улица, дом, корпус, квартира)*

- по месту проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(индекс, регион, город/населенный пункт)*

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

*(улица, дом, корпус, квартира)*

Электронный адрес –\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способ возврата поданных документов – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прилагаю следующие документы:**

⁯ Оригинал диплома специалиста или диплома магистра с приложением к нему

Обязуюсь предоставить оригинал диплома специалиста или диплома магистра не позднее дня завершения приема документа об образовании и о квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

⁯ Копия диплома специалиста или диплома магистра с приложением к нему

⁯ 2 фотографии формата 3х4

⁯ Документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях

⁯ Документы, подтверждающие инвалидность

 Копия документа, удостоверяющего личность (паспорт)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. полностью)*

**подтверждаю, что ознакомлен(а):**

- с копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности и свидетельства о государственной аккредитации организации и приложений к ним;

- с Уставом Университета;

- с правилами приема, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний;

- с датой завершения приема документа об образовании и о квалификации, удостоверяющего образование соответствующего уровня

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

*(подпись)*

**подтверждаю правильность представленных мною сведений, а также:**

- отсутствие диплома об окончании аспирантуры или диплома кандидата наук;

- согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставленных мною с целью поступления в аспирантуру;

- мою информированность об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, предоставляемых для поступления.

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

*(подпись)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

*Приложение к заявлению*

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

*(Ф.И.О. полностью)*

Предыдущие уровни образования:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень профессио-нального  образования | Серия и номер диплома | Дата  выдачи диплома | Полное наименование учебного заведения | Год оконча-ния | Специаль-ность | Квалифи-кация |
| Интернатура |  |  |  |  |  |  |
| Ординатура |  |  |  |  |  |  |

Работаю в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(название учреждения)*

на должности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о предполагаемом

научном руководителе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*(Ф.И.О.)*

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

*(наименование кафедры)*

В случае поступления в аспирантуру обязуюсь еженедельно осуществлять просмотр раздела «Аспирантура» официального сайта ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России и электронной почты.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*