|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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/нет  4. Копия военного билета (при наличии) да/нет  5. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) да/нет  6. Документы, свидетельствующие об индивидуальных достижениях да/нет  7. На условиях целевого приема-заявка о целевом обучении да/нет  8. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Наличие общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (периода военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденного в установленном порядке, (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования), за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет:  -от 9 месяцев до полутора лет- в 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 полутора лет и более - в 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 – в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы);  - от полутора лет и более – в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы); | | | | | | | | | | |  | | |
| Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в указанных должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, 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 в области медицины и здравоохранения»; | | | | | | | | | | |  | | |
| -участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства);  -участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой 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 новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней;  - поступление на обучение в рамках целевой квоты по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, предусматривающему освоение образовательной программы высшего образования следующего уровня, после завершения освоения основной образовательной программы высшего образования в соответствии с договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, ранее заключенным между поступающим и тем же федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем;  - 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) | | |
| 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 2025 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 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 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. | | | | | | | | | | |  | | |