

**!!!ВСЕ ДАННЫЕ НУЖНО ВНОСИТЬ  
В СООТВЕТСТВИИ С ДОКУМЕНТАМИ!!!**

Ректору федерального государственного бюджетного образовательного учреждения  
высшего образования «Приволжского исследовательского медицинского университета»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

От

Фамилия	<i>Иванов</i>	Гражданство	<i>РФ</i>
Имя	<i>Иван</i>	Документ, удостоверяющий личность:	
Отчество	<i>Иванович</i>	Серия	<i>0000</i>
Дата рождения	<i>00.00.0000</i>	Номер	<i>000000</i>
Пол	<i>мужской</i>	Когда и кем выдан	<i>ОУФМС России по Нижегородской обл. в Ленинском р-не гор. Нижего Новгорода 00.00.0000</i>

Почтовый адрес *603000 г. Нижний Новгород, ул. Минина, д.00, кв.00 (УКАЖИТЕ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ)*

Электронный адрес *ivanov@yandex.ru (УКАЖИТЕ ДЕЙСТВУЮЩИЙ E-MAIL)*  
Телефон *+79000000000 (УКАЖИТЕ ДОСТУПНЫЙ НОМЕР, МОЖНО НЕСКОЛЬКО)*

**З А Я В Л Е Н И Е № \_\_\_\_\_**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по следующим условиям поступления:

форма обучения *Очная / Заочная (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДНУ ФОРМУ)*

направление подготовки *Биологические науки/Фундаментальная медицина/Клиническая медицина/Науки о здоровье и профилактическая медицина/Фармация (ВЫБЕРИТЕ ТОЛЬКО ОДНУ ФОРМУ)*

специальность *УКАЖИТЕ ВЫБРАННУЮ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ*

конкурсная группа *ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ*

*по целевой квоте, основные места в рамках КЦП, по договорам об оказании платных образовательных услуг*

Язык вступительных испытаний:

Вступительное испытание	Язык, на котором сдается вступительное испытание
Специальная дисциплина	<i>Русский</i>
Философия	<i>Русский</i>
Иностранный язык	<i>Английский / или Немецкий /или Французский</i>

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью: *нуждаюсь/не нуждаюсь (ОСТАВЬТЕ НУЖНОЕ)*

*перечень вступительных испытаний и специальных условий*

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Окончил(а)

*ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛНЫМ НАЗВАНИЕМ, УКАЗАННЫМ В ДИПЛОМЕ)*

*наименование образовательного учреждения*

год окончания *0000* диплом серия *00000* номер *0000000000000000*

по специальности *Лечебное дело*

Ординатуру/ интернатуру

**ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России (В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛНЫМ НАЗВАНИЕМ, УКАЗАННЫМ В ДИПЛОМЕ ИЛИ УДОСТОВЕРЕНИИ) ЕСЛИ У ВАС НЕТ ОРДИНАТУРЫ ИЛИ ИНТЕРНАТУРЫ, ОСТАВЬТЕ ПОЛЕ ПУСТЫМ**

*наименование образовательного учреждения*

год окончания 0000 диплом серия 0000 номер 0000000

по специальности Хирургия

Сведения о наличии индивидуальных достижений

**УКАЖИТЕ СВОИ ДОСТИЖЕНИЯ СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ПРИЕМА (перечень см. на сайте ПИМУ)**

Документы, подтверждающие наличие индивидуальных достижений

**УКАЖИТЕ ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ВАШИ ДОСТИЖЕНИЯ (например, диплом 1 степени, выдан 01.02.2020 ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России)**

В общежитии на период обучения *нуждаюсь/не нуждаюсь (ОСТАВЬТЕ НУЖНОЕ)*

Дата заполнения 00.00.2020 Подпись ВАША ПОДПИСЬ

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением), свидетельства о государственной аккредитации (с приложением), правилами приема, правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а)

**ВАША ПОДПИСЬ**  
*подпись поступающего*

Согласен (на) на обработку персональных данных

- в случае зачисления – 75 лет

- в случае незачисления – 6 месяцев

**ВАША ПОДПИСЬ**  
*подпись поступающего*

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры) или диплома кандидата наук

**ВАША ПОДПИСЬ**  
*подпись поступающего*

С датой завершения приема документа установленного образца ознакомлен(а)

**ВАША ПОДПИСЬ**  
*подпись поступающего*

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца

**ВАША ПОДПИСЬ**  
*подпись поступающего*

С информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов ознакомлен(а)

**ВАША ПОДПИСЬ**  
*подпись поступающего*

**СРАВНИТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ, СГЕНЕРИРОВАННОЕ В ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ, С ОБРАЗЦОМ, ДОБАВЬТЕ НЕЗАПОЛНЕННЫЕ ПОЛЯ!!!**

**ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ВСЕХ ПОЛЕЙ И НАЛИЧИЕ ВСЕХ ПОДПИСЕЙ!!!!**

**РАСПЕЧАТАЙТЕ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОДНОМ ЛИСТЕ С ДВУХ СТОРОН!!!**

**ОТСКАНИРУЙТЕ!!!!ПРИКРЕПИТЕ В ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ!!!**

**НЕ ЗАБУДЬТЕ ЗАПОЛНИТЬ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ!!!**