

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

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 вступительному испытанию и участию в конкурсе по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры по следующим условиям поступления:

специальность _____

конкурсная группа _____

**УКАЖИТЕ ВЫБРАННУЮ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ / -ТИ
ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ВАРИАНТОВ (УКАЖИТЕ
ОТДЕЛЬНО ДЛЯ КАЖДОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ)**

Основные места - в рамках КЦП, целевая квота, по договорам об оказании платных образовательных услуг

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 2021 диплом серия 000000 номер 00000000000000000000

по специальности Лечебное дело

Ординатуру/ интернатуру **(ЕСЛИ ЕСТЬ)**

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

наименование образовательного учреждения

год окончания 0000 диплом серия 000000 номер 000000000000

по специальности Хирургия

Свидетельство об аккредитации специалиста или выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста **(ВНЕСИТЕ ДАННЫЕ, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ)**

дата получения _____ серия _____ номер _____

Сертификат специалиста **(ВНЕСИТЕ ДАННЫЕ, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ)**

дата получения _____ серия _____ номер _____

Страховое _____ свидетельство _____ обязательного _____ пенсионного _____ страхования

№ 0000000000 **ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!** _____

Сведения о наличии индивидуальных достижений **УКАЖИТЕ СВОИ ДОСТИЖЕНИЯ
СОГЛАСНО ПРАВИЛАМ ПРИЕМА (перечень см. на сайте)**

Документы, подтверждающие наличие индивидуальных достижений _____

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

В случае зачисления планирую проходить обучение на кафедре _____

**УКАЖИТЕ ЖЕЛАЕМУЮ КАФЕДРУ или ИНСТИТУТ
(ТЕРАПИИ, ХИРУРГИИ, ЦЕНТР ЭНДОСКОПИИ)**

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

Дата заполнения _____ 00.00.0000 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 следующие сроки:

- в случае зачисления – 75 лет

- в случае незачисления – 6 месяцев

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры

ВАША ПОДПИСЬ

подпись поступающего

ВАША ПОДПИСЬ

подпись поступающего

С датой завершения приема документа установленного образца ознакомлен(а)

ВАША ПОДПИСЬ

подпись поступающего

Подтверждаю одновременную подачу заявлений о приеме не более чем в три вуза, включая ПИМУ. Подтверждаю одновременную подачу заявлений о приеме в ПИМУ не более чем по двум специальностям.

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!!!**

ЗАПОЛНИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАЯВЛЕНИЕ



ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ дела _____

Ф.И.О. _____ *Иванов Иван Иванович* _____

Прошу засчитать в качестве вступительного испытания результаты тестирования, либо результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста (нужное подчеркнуть):

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ, ЧТОБЫ БЫЛ УЧТЕН РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТА, СДАННОГО В РАМКАХ ПРОЦЕДУРЫ АККРЕДИТАЦИИ (В 2020 ИЛИ 2021 ГОДУ), ПОДЧЕРКНИТЕ ИЛИ ВЫДЕЛИТЕ «АККРЕДИТАЦИИ»

ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ПЕРЕСДАТЬ ТЕСТ (С 6 ПО 13 АВГУСТА В ПИМУ ИЛИ В ДРУГОМ ВУЗЕ В ДРУГИЕ СРОКИ) ИЛИ СДАВАЛИ В ПРОШЛОМ ГОДУ НЕ В РАМКАХ АККРЕДИТАЦИИ, ПОДЧЕРКНИТЕ ИЛИ ВЫДЕЛИТЕ «ТЕСТИРОВАНИЯ»

БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ, ЭТО ОЧЕНЬ ВАЖНО!!!

Специальность	Организация, в которой проходил(а) тестирование	Балл	Год
<i>Лечебное дело / Педиатрия / Стоматология / Медико- профилактическое дело / Фармация)</i> ПО ДИПЛОМУ О ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ	ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» (Если Вы сдавали или будете сдавать тестирование в ПИМУ) Если сдавали или будете сдавать в другом ВУЗе, то нужно аналогично указать полное наименование другого ВУЗа	100 При наличии (если не будете пересдавать)	2020 или 2021 Год прохождения тестирования

Дата заполнения « 00 » июля _____ 20 21 г.

Подпись **ВАША ПОДПИСЬ**

ВЫ ОБЯЗАНЫ УКАЗЫВАТЬ ОДНУ И ТУ ЖЕ ИНФОРМАЦИЮ О ГОДЕ, МЕСТЕ ТЕСТИРОВАНИЯ И ИМЕЮЩИХСЯ БАЛЛАХ ВО ВСЕХ ВУЗАХ, В КОТОРЫЕ БУДЕТЕ ПОДАВАТЬ ДОКУМЕНТЫ!!!

НЕЛЬЗЯ В ОДНОМ ВУЗЕ СКАЗАТЬ, ЧТО ВЫ ХОТИТЕ УЧЕСТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ АККРЕДИТАЦИОННОГО ТЕСТА 2020 ГОДА, А В ДРУГОМ ВУЗЕ СКАЗАТЬ, ЧТО ВЫ БУДЕТЕ ПЕРЕСДАВАТЬ В 2021 ГОДУ!!!

РАСПЕЧАТАЙТЕ ПЕРВОЕ (ОСНОВНОЕ) ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОДНОМ ЛИСТЕ С ДВУХ СТОРОН!!!

ТАКЖЕ РАСПЕЧАТАЙТЕ ВТОРОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ (О ТЕСТИРОВАНИИ)!!!
ПРОВЕРЬТЕ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЗАПОЛНЕНИЯ ВСЕХ ПОЛЕЙ И НАЛИЧИЕ ВСЕХ ПОДПИСЕЙ!!!!

ОТСКАНИРУЙТЕ ОБА ЗАЯВЛЕНИЯ!!!! ОБЪЕДИНИТЕ В ОДИН ФАЙЛ!!!
ПРИКРЕПИТЕ ОДИН ФАЙЛ В ЛИЧНОМ КАБИНЕТЕ!!!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ЗАПОЛНИТЬ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ!!!

