## **ОБРАЗЕЦ**

## Председателю приёмной комиссии ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России

доктору медицинских наук, профессору

##  И.Ю. Макарову

##  от\_\_ \_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью),

(дата рождения), (сведения о гражданстве или его отсутствии),

## реквизиты документа удостоверяющего личность

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(паспорт: серия, номер, когда и кем выдан),

## зарегистрированного и проживающего по адресу

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при несовпадении адресов – указать оба с обозначением

## адрес электронной почты (e-mail)

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имеющего (-ей) высшее образование

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

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

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

(диплом серия 000 № 000000, квалификация (врач), специальность «Лечебное дело»,

«Педиатрия», «Медицинская биохимия»),

сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас допустить меня к участию в конкурсе на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры по специальности 31.08.10 Судебно-медицинская экспертиза (за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета /в рамках договора об оказании платных образовательных услуг) по очной форме.

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением), свидетельства о государственной аккредитации (с приложением), Устава учреждения, Правилами приема в ординатуру в 2025 г., правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен (-а).

Подтверждаю факт обучения по программе ординатуры впервые, а так же факт, что не имею диплома об окончании ординатуры/аспирантуры (для поступающих на места в рамках контрольных цифр – по общему конкурсу или по целевой квоте).

В предоставлении места в общежитии не нуждаюсь.

Контактная информация: адрес места регистрации и проживания;

№ контактного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; е-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Согласен на обработку в установленном порядке моих персональных данных и материалов.

Ознакомлен (-а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений, предоставления подлинных документов и проинформирован (-а), что в случае предоставления мною неполной и/или недостоверной информации приемная комиссия вправе принять решение об отказе в допуске к участию в конкурсе на обучение.

Обязуюсь предоставить документ об образовании не позднее дня завершения приема документа установленного образца.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ свободно, своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку персональных данных ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России, в том числе с использованием открытых каналов связи сети Интернет.

К заявлению прилагаю список индивидуальных достижений.

В случае непоступления на обучение (в иных случаях, предусмотренных Порядком – указать причину) прошу вернуть подлинные экземпляры документов поступающему.

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г. (подпись)