

Регистрационный номер л/д \_\_\_\_\_

Зачислен: приказ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Директору краевого государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Минусинский медицинский техникум»

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность, _____
Отчество _____	Серия _____ № _____ Дата выдачи _____
Дата рождения _____	кем выдан _____
Место рождения _____	_____
_____	_____
Телефон _____	СНИЛС _____
Скайп _____	ИНН _____

Электронная почта (обязательно) \_\_\_\_\_

(заполнить печатными знаками, разборчиво)

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

(указать индекс, адрес постоянной прописки по паспорту)

Фактическое место жительства: \_\_\_\_\_

(указать индекс, адрес фактического проживания)

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу принять меня в краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Минусинский медицинский техникум» для обучения по профессиональной образовательной программе по специальности 31.02.01 Лечебное дело базовой подготовки при очной форме получения образования, квалификация Фельдшер с нормативным сроком освоения 2 года 10 месяцев на места:

- **финансируемые из краевого бюджета**
- **по договору об оказании платных образовательных услуг**

**О себе сообщаю следующее:**

Сведения о предыдущем уровне образования и подтверждающем его документе об образовании.

Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году (нужное подчеркнуть):

- общеобразовательное учреждение (школа)
- специальное (коррекционное) образовательное учреждение (классы для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья)
- вечернее (сменное) образовательное учреждение
- образовательное учреждение начального профессионального образования (НПО)
- образовательное учреждение среднего профессионального образования (СПО)
- образовательное учреждение высшего профессионального образования (ВУЗ)

\_\_\_\_\_ (полное наименование учебного заведения)

Имею:

Аттестат: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Диплом: Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Трудовой стаж (если есть): \_\_\_\_\_ лет, \_\_\_\_\_ мес.

Место работы \_\_\_\_\_

(полное наименование и место нахождения работодателя)

должность \_\_\_\_\_

Договор о целевом обучении .

Прошу засчитать в качестве результатов средний балл аттестата и результаты профильных общеобразовательных предметов:

Наименование предмета	Отметка из аттестата	№ аттестата, диплома
Биология		
Русский язык		
Средний балл аттестата		

Победитель всероссийских олимпиад, конкурсов (член сборной)  \_\_\_\_\_

Участие в волонтерских движениях, общественных объединениях  \_\_\_\_\_

Иностранный язык: английский , немецкий , другой  \_\_\_\_\_ не изучал (а) .

Общежитие: нуждаюсь , не нуждаюсь .

Статус сироты: да , нет

Статус инвалида да , нет

Необходимость создания специальных условий при проведении вступительного испытания в связи с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья  \_\_\_\_\_

(наименование документа, кем выдан, дата выдачи)

**О себе дополнительно сообщая:**

Фамилия, имя, отчество родителей (опекунов, попечителей):

отец \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_

мать \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_

Где и кем работают родители:

отец \_\_\_\_\_

№ телефона с места работы \_\_\_\_\_

мать \_\_\_\_\_

№ телефона с места работы \_\_\_\_\_

Домашний адрес одного из родителей:

по прописке \_\_\_\_\_

фактический \_\_\_\_\_

Среднее профессиональное образование получаю: впервые <input type="checkbox"/> не впервые <input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего)
<b>Ознакомлен:</b>	
с лицензией (копией лицензии) на право осуществления образовательной деятельности и приложениями к ней	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего) _____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. родителей, законных представителей)
со свидетельством (копией свидетельства) о государственной аккредитации образовательной программы и приложениями к ней	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего) _____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. родителей, законных представителей)
правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении, правилами подачи апелляции, расписанием вступительных испытаний ознакомлен (а)	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего) _____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. родителей, законных представителей)
На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г №152-ФЗ «О персональных данных» согласен (а)	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего) _____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. родителей, законных представителей)
С датой представления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и квалификации согласно Правил приема на обучение ознакомлен (а)	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего) _____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. родителей, законных представителей)
С перечнем медицинских противопоказаний при поступлении на обучение и ответственностью за предоставление недостоверной информации о состоянии своего здоровья, ознакомлен(а). Подтверждаю, что не имею заболеваний, указанных в данном перечне	_____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. поступающего) _____/_____/_____ (подпись) (Ф.И.О. родителей, законных представителей)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Подпись абитуриента \_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

Подпись ответственного лица приемной комиссии \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись расшифровка подписи

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.