

Ректор Казанского ГМУ _____

Регистрационный номер

Ректору ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, профессору А.С. Созинову

Фамилия	<input type="text"/>	Гражданство	<input type="text"/>
Имя	<input type="text"/>	Документ, удостоверяющий личность	
Отчество	<input type="text"/>	<input type="text"/> Серия <input type="text"/> Номер <input type="text"/>	
Дата рождения	<input type="text"/>	Дата выдачи	<input type="text"/>
Место рождения	<input type="text"/>	Выдан	<input type="text"/>
Адрес по прописке: почтовый индекс		<input type="text"/>	
Регион	<input type="text"/>		
Район	<input type="text"/>		
Город/село	<input type="text"/>		
Улица	<input type="text"/>		
Дом	<input type="text"/> корпус	<input type="text"/> кв	<input type="text"/>

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в процедуре зачисления по специальности

По очной форме обучения

По Программе подготовки специалистов среднего звена

на место финансируемое

О себе сообщаю следующее:

окончил (а) в г.

общеобразовательное учреждение

аттестат серия №

Изучал (а) иностранный язык иностранный язык не изучал(а)

Наличие индивидуальных достижений

Трудовой стаж лет мес № трудовой книжки

В создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья нуждаюсь/не нуждаюсь

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь

Во время вступительных испытаний, подачи оригиналов документов и зачисления со мной можно связаться:

по e-mail

по телефону

Дата г.

(подпись поступающего)

Подтверждаю, что:

Среднее профессиональное образование получаю <input type="checkbox"/> впервые <input type="checkbox"/> повторно	
Ознакомлен: ✓ с Положением о Медико-фармацевтическом колледже, ✓ с Положением о текущем контроле и промежуточной аттестации, ✓ с Положением о порядке и основании перевода, отчисления и восстановления студентов ✓ с лицензией на осуществление образовательной деятельности ✓ со свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к нему; ✓ с Уставом Казанского ГМУ; ✓ с условиями обучения в Казанском ГМУ; ✓ с Правилами приема в Медико-фармацевтический колледж Казанского ГМУ ✓ с Правилами внутреннего распорядка обучающихся	✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись) ✓ (подпись)
Информирован о необходимости представления оригиналов документа государственного образца об образовании в срок - для специальностей «Фармация» и «Лабораторная диагностика» - до 15 августа 2023 г; - для специальности «Сестринское дело» - до 10 августа 2023 г.	✓ (подпись)
С расписанием вступительных испытаний (для специальности 34.02.01 «Сестринское дело») ознакомлен	✓ (подпись)
Правильность данных, представленных в заявлении, подтверждаю	✓ (подпись)
Даю согласие на обработку своих персональных данных в связи с прохождением процедуры поступления и последующего обучения в ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России МФК	✓ (подпись)

Дата г. Ответственное лицо приемной комиссии