

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<br><input type="checkbox"/> впервые <input type="checkbox"/> повторно  |   |
| Ознакомлен:<br>✓ с Положением о Медико-фармацевтическом колледже,<br>✓ с Положением о текущем контроле и промежуточной аттестации,<br>✓ с Положением о порядке и основании перевода, отчисления и восстановления студентов<br>✓ с лицензией на осуществление образовательной деятельности<br>✓ со свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к нему;<br>✓ с Уставом Казанского ГМУ;<br>✓ с условиями обучения в Казанском ГМУ;<br>✓ с Правилами приема в Медико-фармацевтический колледж Казанского ГМУ<br>✓ с Правилами внутреннего распорядка обучающихся | ✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись)<br>✓ (подпись) |
| Информирован о необходимости представления оригиналов документа государственного образца об образовании в срок<br><b>- для специальностей «Фармация» и «Лабораторная диагностика» - до 15 августа 2022 г;</b><br><b>- для специальности «Сестринское дело» - до 10 августа 2022 г.</b>  | ✓ (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