

Ректор Казанского ГМУ _____

Регистрационный номер

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

Фамилия	Иванов	Гражданство	РФ
Имя	Иван	Документ, удостоверяющий личность	
Отчество	Иванович	паспорт	Серия 9205 Номер 12121212
Дата рождения	11.05.2004	Дата выдачи	14.05.2018
Место рождения	с. Балтаси, РТ Балтасинский р-н	Выдан	Территориальный пункт УФМС России по РТ в Балтасинском районе
Адрес по прописке: почтовый индекс		420065	
Регион	Республика Татарстан		
Район	Балтасинский р-н		
Город/село	с.Ципья		
Улица	ул.Ленина		
Дом	125	корпус	
		кв	

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в процедуре зачисления по специальности

Фармация (9 классов)

По очной форме обучения

По Программе подготовки специалистов среднего звена

на место финансируемое **федерального бюджета**

О себе сообщаю следующее:

окончил (а) в **2020** г.

общеобразовательное учреждение

МБОУ "СОШ № 2" с. Балтаси

аттестат серия **0162** № **8536254**

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

Наличие индивидуальных достижений **нет**

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,	✓ (подпись)
✓ с Положением о текущем контроле и промежуточной аттестации,	✓ (подпись)
✓ с Положением о порядке и основании перевода, отчисления и восстановления студентов	✓ (подпись)
✓ с лицензией на осуществление образовательной деятельности	✓ (подпись)
✓ со свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к нему;	✓ (подпись)
✓ с Уставом Казанского ГМУ;	✓ (подпись)
✓ с условиями обучения в Казанском ГМУ;	✓ (подпись)
✓ с Правилами приема в Медико-фармацевтический колледж Казанского ГМУ	✓ (подпись)
✓ с Правилами внутреннего распорядка обучающихся	✓ (подпись)
Информирован о необходимости представления оригиналов документа государственного образца об образовании в течение первого года обучения	✓ (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 **22-июн-2020** г. Ответственное лицо приемной комиссии _____