

Ректор Казанского ГМУ \_\_\_\_\_

### Регистрационный номер

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

Фамилия	<b>Иванов</b>	Гражданство	<b>РФ</b>
Имя	<b>Иван</b>	Документ, удостоверяющий личность	
Отчество	<b>Иванович</b>	паспорт	Серия <b>9205</b> Номер <b>12121212</b>
Дата рождения	<b>11.05.2004</b>	Дата выдачи	<b>14.05.2018</b>
Место рождения	<b>г. Казань, РТ</b>	Выдан	<b>Отделением в Советском р-не отдела УФМС России по РТ в г.Казани</b>
Адрес по прописке: почтовый индекс	<b>420065</b>		
Регион	<b>Республика Татарстан</b>		
Район			
Город/село	<b>г.Казань</b>		
Улица	<b>Октябрьский городок</b>		
Дом	<b>125</b> корпус	<b>3</b> кв	<b>28</b>

### 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 **с полным возмещением затрат**

О себе сообщаю следующее:

окончил (а) в **2020** г.

общеобразовательное учреждение

**МБОУ "Гимназия № 126" г. Казань**

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 \_\_\_\_\_