Заместителю директора по учебной работе- декану ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ

им. М.Ф. Владимирского

д.м.н., профессору О.Ю. Александровой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*имя, отчество*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского на обучение по программе ординатуры по специальности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*шифр, наименование специальности*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*шифр, наименование специальности*

Условия обучения:

* на места в пределах целевого приема
* на места по договорам об оказании платных образовательных услуг

Приоритетное условие зачисления

* на места в пределах целевого приема
* на места по договорам об оказании платных образовательных услуг

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Гражданство

 Российская Федерация  иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность и гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование документа*

Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование организации, выдавшей документ, удостоверяющий личность и гражданство*

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о документе установленного образца:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование документа установленного образца*

Выдан в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *дата* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*квалификация и специальность по диплому*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*образовательная организация, выдавшая диплом установленного образца*

Способ возврата документов, поданных для поступления на обучение (в случае непоступления на обучение, в иных случаях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Согласен(а) на обработку моих персональных данных | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подтверждаю факт ознакомления:  С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности, копией свидетельства о государственной аккредитации и приложениями | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С правилами приема в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского на обучение по программам ординатуры | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С локальными нормативными актами, в том числе   регламентирующие режим занятий обучающихся, формы, периодичность и порядок текущего контроля успеваемости и восстановления обучающихся, порядок оформления возникновения, приостановления и прекращения отношений между образовательной организацией и обучающихся. | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С датой (датами) завершения приема документа установленного образца | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подтверждаю:  Факт отсутствия у меня диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры по той же специальности | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| В случае изменения персональных данных, обязуюсь уведомить об измененных данных, приемную комиссию в течении 5 рабочих дней. | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Дата заполнения заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись поступающего (доверенного лица)*

Документы принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись расшифровка подписи*

|  |  |
| --- | --- |
| **Сведения о наличии результатов индивидуальных достижений. Всего баллов** |  |
| Согласен(а) с результатом подсчета баллов за индивидуальные достижения | Подпись |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) | 20 баллов |  |
| Документ установленного образца с отличием | 15 баллов |  |
| Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1183н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников", подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования): | | |
| - от **одного года** **до трех** лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием | 10 баллов с увеличением веса достижения на 5 баллов за каждые последующие три года стажа |  |
| - **от девяти месяцев до двух лет** в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием | 12 баллов с увеличением веса достижения на 5 баллов за каждые последующие два года стажа |  |
| - стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, **от девяти месяцев** | 10 баллов за весь период трудовой деятельности дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников |  |
| Индивидуальные достижения, установленные ГБУЗ МО МОНИКИ: суммарно не более 15 баллов | | |
| Победитель или призер Всероссийской студенческой олимпиады | 5 баллов |  |
| Публикация в научном издании, индексируемом в базе данных Scopus или в базе данных "Сеть науки" (Web of Science) в течение двух лет, предшествующих дню завершения приема документов | 3 балла за каждую публикацию |  |
| Получение награды (приза) за результаты научно-исследовательской работы международного или всероссийского уровня в течение одного года, предшествующего дню завершения приема документов | 3 балла за каждую награду |  |
| участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья | 5 баллов |  |

Документы возвращены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, инициалы забравшего документы*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

*подпись дата*