

ОБРАЗЕЦ

Регистрационный номер _____

государственного бюджетного
профессионального образовательного
учреждения Ростовской области
«Таганрогский медицинский колледж»

от

Фамилия <u>Иванова</u>	Гражданство <u>Россия</u>
Имя <u>Ивана</u>	Документ, удостоверяющий личность: <u>паспорт</u>
Отчество <u>Ивановича</u>	серия <u>6060</u> номер <u>234511</u>
Дата рождения <u>«03» мая 2006 г.</u>	кем и когда выдан: <u>отд. №3</u>
Место рождения <u>г. Таганрог, Ростовская область</u>	<u>УФМС России по Ростовской области в городе Таганроге</u>

Проживающего (ей) по адресу: 347900 Ростовская область, г. Таганрог, ул. Петровская, д. 30, кв. 7

(индекс, республика, край, область, район, населённый пункт, улица/преулоч, дом, квартира)

Контактный телефон:

мобильный 8-900-900-90-30

домашний 330-960 (88634)

(с указанием кода)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять документ на специальность (нужное подчеркнуть) :

- 31.02.01 Лечебное дело очная форма обучения;
- 31.02.02 Акушерское дело очная форма обучения;
- 34.02.01 Сестринское дело очная форма обучения;
- 34.02.01 Сестринское дело очно-заочная форма обучения;
- 33.02.01 Фармация очная форма обучения;

на общедоступной основе, на места:

- финансируемые из регионального бюджета;
- с оплатой полной стоимости обучения.

(нужное подчеркнуть)

О себе сообщаю следующее:

окончил (а) в 2024 году образовательное учреждение МОУ СОШ №9
г. Таганрога Ростовской области

Аттестат серия _____ номер 061334455

Диплом серия _____ номер _____

Среднее профессиональное образование получаю
впервые, не впервые (подчеркнуть)



(подпись поступающего)

С Уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации с приложениями, Правилами приёма и условиями обучения в данном образовательном учреждении ознакомлен (а):



(подпись поступающего)

Согласен (на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных".



(подпись поступающего)

Согласен (на) на предоставление информации о своём трудоустройстве после окончания обучения.



(подпись поступающего)

С датой предоставления оригинала документа государственного образца об образовании не позднее «15» августа 2024 года ознакомлен (а):



(подпись поступающего)

Необходимость создания для поступающего специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья есть/нет (подчеркнуть)



(подпись поступающего)

Статус сироты, инвалида _____ группы
есть/нет (подчеркнуть)



(подпись поступающего)

Подпись ответственного лица приёмной комиссии

« _____ » _____ 20 _____ г.