

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

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

от

<b>Фамилия</b> _____	<b>Гражданство</b> _____
<b>Имя</b> _____	<b>Документ, удостоверяющий личность:</b>
<b>Отчество</b> _____	_____
<b>Дата рождения</b>	<b>серия</b> _____ <b>номер</b> _____
«__» _____	<b>кем и когда выдан:</b> _____
<b>Место рождения</b> _____	_____
_____	_____
_____	_____

Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

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

**Контактный телефон:**

мобильный \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_  
(с указанием кода)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ году образовательное учреждение \_\_\_\_\_

Аттестат серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

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 «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ 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. \_\_\_\_\_