|  |  |
| --- | --- |
| Допустить к конкурсу аттестатовДиректор ГБПОУ «СОМК»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А. Левина Приказ № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. | Зачислить на 1 курс по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Директор ГБПОУ «СОМК» \_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А. Левина Приказ № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. |
| Регистрационный номер \_\_\_\_ | **Директору ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»** **И.А. Левиной**  |

от

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Документ, удостоверяющий личность, |
| Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Адрес по прописке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Проживающего (ей) по адресу: (с указанием индекса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактные телефоны: домашний (с указанием кода города) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 сотовый телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

**Прошу допустить меня к участию в конкурсе аттестатов**:

 □ на базе основного общего образования (9 классов)

 □ на базе среднего общего образования (11 классов)

 □ на базе среднего профессионального образования

**на специальность (выбрать из списка ниже)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Специальность: 31.02.01 Лечебное дело (на базе среднего общего образования, 9 кл.) |
| □ | 34.02.01 Сестринское дело (на базе основного общего образования, 9 кл.) |
| □ | 31.02.02 Акушерское дело (на базе основного общего образования, 9 кл.) |
| □ | 31.02.03 Лабораторная диагностика (на базе основного общего образования, 9 кл.) |
| □ | 31.02.04 Медицинская оптика (на базе основного общего образования, 9 кл.) |
| □ | 20.02.04 Пожарная безопасность (на базе основного общего образования, 9 кл.) |
| □ | 20.02.02 Защита в чрезвычайных ситуациях (на базе основного общего образования, 9 кл.) |
|  |  |
| □ | 31.02.01 Лечебное дело (на базе среднего общего образования, 11 кл.) |
| □ | 34.02.01 Сестринское дело (очное) (на базе среднего общее образования, 11 кл.) |
| □ | 34.02.01 Сестринское дело (очно - заочное) (на базе среднего общего образования, 11 кл.) |
| □ | 31.02.02 Акушерское дело (на базе среднего общего образования, 11 кл.)  |
| □ | 31.02.03 Лабораторная диагностика (на базе среднего общего образования, 11 кл.)  |
| □ | 31.02.05 Стоматология ортопедическая (на базе среднего общего образования, 11 кл.)  |
| □ | 31.02.04 Медицинская оптика (на базе среднего общего образования, 11 кл.) |
| □ | 32.02.01 Медико-профилактическое дело (на базе среднего общего образования, 11 кл.)  |
| □ | 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) (на базе среднего общего образования, 11 кл.) |

**форма обучения:**

 □ очная

 □ очно-заочная

**на места**

 □ бюджет

 □ платно

 **Прошу зачесть средний балл аттестата для участия в конкурсе:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документа | номер документа | средний балл |
|  |  |  |

и балл по профилирующей дисциплине (выбрать соответствующую дисциплину выбранной специальности)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование предмета | баллы |
| □ биология □ химия □ математика |  |

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году

□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общеобразовательное учреждение □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательное учреждение **начального профессионального образования** □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательное учреждение **среднего профессионального образования** □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательное учреждение **высшего**

**образования**

□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аттестат □ / диплом □ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Аттестат особого образца

□Победитель Всероссийских олимпиад (член сборной)

Трудовой стаж (если есть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев

Иностранный язык: английский □, немецкий □, французский □, не изучал □, другой □

В общежитии □нуждаюсь, не нуждаюсь □.

**О себе дополнительно сообщаю:**

Документ, предоставляющий право на государственную социальную помощь (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ребенок-сирота□,

ребенок, оставшийся без попечения родителей □,

ребенок-инвалид□,

инвалид I-II □

В создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья:

- нуждаюсь □

- не нуждаюсь □.

**Сведения о родителях:**

Мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, /полностью /)

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

 (место работы, должность, (рабочий телефон, контактный телефон)

Отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, /полностью/)

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

 (место работы, должность (рабочий телефон, контактный телефон),

Согласно **Правилам приема прилагаю следующие документы** (***нужное подчеркнуть)***

1. Заявление о приеме.
2. Документ, удостоверяющий личность, гражданство в электронном виде (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов).
3. Документ об образовании и (или) документ об образовании и о квалификации в электронном виде (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов).
4. Фото 4 шт размером 3 х 4см (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов).
5. СНИЛС, страховой номер индивидуального лицевого счёта.
6. Информация о прохождении обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов), *при наличии.*
7. Расписка в получении документов (только при личной подаче документов).
8. Документы, подтверждающие результаты индивидуальных достижений (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов), *при наличии*.
9. Договор о целевом обучении, заверенный заказчиком целевого обучения (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов), *при наличии.*
10. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дополнительно)*

✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись абитуриента с расшифровкой)

Среднее профессиональное образование получаю впервые □, не впервые □

✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись абитуриента с расшифровкой)

Ознакомлен(а): с

* Уставом ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж»,
* лицензией на право ведения образовательной деятельности,
* свидетельством о государственной аккредитации;
* образовательной программой по специальности;
* правилами внутреннего распорядка;
* правилами подачи апелляции;
* сроком подачи подлинника документа об образовании;
* ПК-38-2020 Положение об обработке и защите персональных данных.

 ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись абитуриента с расшифровкой)

 **□** Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО субъекта персональных данных), согласен(а) на обработку, передачу и размещение на официальном сайте ГБПОУ «СОМК», своих персональных данных (указанных в заявлении), фото, видеосъемку (в соответствие с п.3. ст.3, п.4. ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г № 152-ФЗ «О персональных данных»).

□ Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) подтверждаю достоверность предоставленных данных.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись абитуриента с расшифровкой)

Заявление принял технический секретарь приемной комиссии:

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО

 (подпись технического секретаря с расшифровкой)