

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору БПОУ ВО «Великоустюгский  
 медицинский колледж имени  
 Н.П.Бычихина»  
 З.В. Комиссаровой

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

(когда и кем)

код подразделения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального  
 лицевого счета в системе индивидуального  
 (персонифицированного) учета (номер  
 страхового свидетельства обязательного  
 пенсионного страхования) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### I. Прошу принять меня на обучение по специальности:

| №<br>п/п | Наименование специальности/<br>форма обучения   | в рамках<br>контрольных цифр<br>приема | на места по<br>договорам об<br>оказании платных<br>образовательных<br>услуг |
|----------|---|--|---|
| 1.       | <b>Лечебное дело</b> , очная форма обучения,<br>на базе основного общего образования                |  |   |
| 2.       | <b>Сестринское дело</b> , очная форма<br>обучения, на базе основного общего<br>образования          |  |   |
| 3.       | <b>Сестринское дело</b> , очно-заочная форма<br>обучения, на базе основного среднего<br>образования |  |   |

О себе сообщаю следующее:

1. Закончил (-а) \_\_\_\_\_

(год окончания, наименование учебного заведения)

Аттестат  / Диплом  серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

2. Иностранный язык: английский , немецкий , другой \_\_\_\_\_

3. Общежитие: нуждаюсь  / не нуждаюсь

4. Право на преимущественный или первоочередной прием в соответствии с частью 4 статьи 68 Федерального закона от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

ДА  
 НЕТ

Согласно Правилам приема, прилагаю следующие документы:

1. Документ об образовании оригинал  / копия
2. Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_
3. Фото 3\*4 в количестве \_\_\_\_\_ шт.
4. Характеристика из образовательной организации

**II. Прошу допустить к сдаче психологического вступительного испытания:**

на общих основаниях

нуждаюсь в создании специальных условий при проведении

вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья

Факт получения среднего профессионального образования получаю: впервые  / не впервые

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С Уставом Учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложений к ним, Правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении (в том числе через информационные системы общего пользования)

ОЗНАКОМЛЕН (-А)

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации (в том числе через информационные системы общего пользования) ОЗНАКОМЛЕН (-А)

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

СОГЛАСЕН(-А) на обработку полученных в связи с приемом в Учреждение персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»)

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Подпись ответственного секретаря приемной комиссии: \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.