Директору ОГБПОУ «Иркутский базовый медицинский колледж»

Кузьминой Л.А.

От *Ивановой Екатерины Владимировны*

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия *Иванова*Имя *Екатерина*Отчество *Владимировна*Дата рождения *18.05.2002*Место рождения *г. Иркутск*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство *РФ*Документ, удостоверяющий личность*паспорт*Серия *2516* № *416585*Когда и кем выдан*Отделом УФМС России по Иркутской области в Свердловском районе г. Иркутска* |

проживающего (ей) по адресу:*664049, г. Иркутск, б-р Рябикова, д. 18, кв.102\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (указать адрес постоянной регистрации, почтовый индекс)

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

Телефон домашний \_\_\_\_\_\_*8(3952) 41-81-30*\_\_\_\_\_Телефон мобильный \_\_\_*8-950-205-56-31\_\_\_*

Электронная почта (при наличии) \_\_\_\_\_\_*IvanovaEV@mail.ru*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять меня на обучениепо программе подготовки специалистов среднего звена на места, **финансируемые из областного бюджета**, на следующую специальность:

(нужное отметить знаком +)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Коды укрупненных групп направлений подготовки. Коды направлений подготовки | Наименования укрупненных групп направлений подготовки. Наименования направлений подготовки | Квалификация  | Имеющееся образование | Форма обучения  |
| очная | очно-заочная |
| 31.00.00 | КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА | Фельдшер | Среднее общее |  |  |
| 31.02.01 | *Лечебное дело* |
|  |
| 34.00.00 | СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО  | Медицинская сестра/Медицинский брат | Среднее общее |  |  |
| 34.02.01 | *Сестринское дело* |
| *Сестринское дело* | Основное общее (9кл) |  |  |

Прошу принять меня на обучениепо программе подготовки специалистов среднего звена на места **с полным возмещением затрат** на следующие специальности:

(нужное отметить знаком +)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Коды укрупненных групп направлений подготовки. Коды направлений подготовки | Наименования укрупненных групп направлений подготовки. Наименования направлений подготовки | Квалификация  | Имеющееся образование  | Форма обучения  |
| очная | очно-заочная |
| 31.00.00 | КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА | Фельдшер  | Среднее общее |  |  |
| 31.02.01 | *Лечебное дело* |
|  |
| 34.00.00 | СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО | Медицинская сестра/Медицинский брат | Среднее общее |  |  |
| 34.02.01 | *Сестринское дело* |
|  |
| 34.00.00 | СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО  | Медицинская сестра/Медицинский брат | Основное общее(9 кл.) |  |  |
| 34.02.01 | *Сестринское дело* |
|  |  |  |  |  |  |
| 33.00.00  | ФАРМАЦИЯ | Фармацевт | Среднее общее |  |  |

О себе сообщаю следующее:

(нужное в □ отметить знаком +)

Окончил (а) в \_\_\_*2020\_\_* году общеобразовательное учреждение□;

образовательное учреждение начального профессионального образования□;

образовательное учреждение среднего профессионального образования□;другое□.

Аттестат□ /диплом□Серия\_*00841254* №*25465685*

Наименование ОУ*МОУ СОШ №26 г. Иркутск*

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

Общежитие: нуждаюсь□,не нуждаюсь□.

Законный представитель(ли)**(заполняется если абитуриенту нет 18 лет)***мама- Иванова Наталья Петровна, 664049, г. Иркутск, б-р Рябикова, д. 18, кв.102, тел. 8950-111-55-88\_*

(Ф.И.О., место жительства, тел. раб., моб.)

Социальный статус: *нужное подчеркнуть:*

-дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;

-лица в возрасте до 23 лет из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

-дети-инвалиды, инвалиды I и II групп, которым согласно заключению ФУМСЭ не противопоказано обучение в соответствующих образовательных учреждениях.

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего социальный статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Состою на воинском учёте в ВК да / нет

 (нужное подчеркнуть)

Военный билет (при наличии) □; удостоверение призывника (при наличии) □;

|  |  |
| --- | --- |
| Среднее профессиональное образование получаю впервые□, не впервые□ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| С лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним, Правилами приёма на 2020-2021 учебный год, уставом колледжа ознакомлен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и квалификации; оригинала медицинской справки, 4 фото 3x4 1 сентября 2020 г.ознакомлен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| На обработку своих персональных данных в порядке, установленном ФЗ от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| Оплата образовательных услуг в полном размере за первый год обучения производится не позднее 1 сентября 2020 г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего |
| «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись законного представителя поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись ответственного лица приёмной комиссии |