Директору ОГБПОУ «Иркутский базовый медицинский колледж»

Кузьминой Л.А.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

(указать адрес постоянной регистрации, почтовый индекс)

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

Телефон домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон мобильный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять меня на обучение по 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 обучение по 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение □;

образовательное учреждение начального профессионального образования □;

образовательное учреждение среднего профессионального образования □; другое □.

Аттестат □ /диплом □ Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование ОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Общежитие: нуждаюсь □, не нуждаюсь □.

Законный представитель(ли)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 |