

Директору
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России
академику РАН, профессору И.С.СТИЛИДИ

Заявление о приеме на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры

Фамилия																			
Имя																			
Отчество																			

Прошу принять мои документы для участия в конкурсе для поступления на обучение по программам ординатуры в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России.

Специальность																		
Сроки обучения	с									по								
Условия поступления (указать приоритет – 1, 2, 3)	- Место в пределах целевой квоты (бюджет)																	
	- Место в рамках контрольных цифр приема (бюджет)																	
	- Место по договору об оказании платных образовательных услуг																	
Наличие договора о целевом обучении	Субъект РФ, федеральный орган исполнительной власти, организация (указать)																	

О себе сообщаю следующее:

Дата и место рождения																		
СНИЛС																		

Гражданство	Гражданин/-ка Российской Федерации (<i>подчеркнуть</i>)																	
	Другое (<i>указать страну</i>)																	

Адрес по регистрации																			
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес фактического проживания, потребность в предоставлении общежития																			
	В общежитии не нуждаюсь / в общежитии нуждаюсь (<i>подчеркнуть</i>)																		

Телефон (<i>дом./раб./моб.</i>)																		
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail																		
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Серия и номер паспорта																		
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Кем и когда выдан																		
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Сведения о высшем образовании

Наименование ВУЗа, город, год окончания																		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Факультет ВУЗа, полученная специальность по диплому																		
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Документ об образовании	Серия и № диплома ВУЗа: _____
	Дата выдачи _____ с отличием (подчеркнуть)

Последипломное профессиональное образование

Ординатура/интернатура: ВУЗ/Научное учреждение, специальность, период учебы	с _____	по _____
Серия и № диплома об окончании, дата выдачи		
Серия и № сертификата специалиста, дата выдачи		
Свидетельство об аккредитации специалиста №, дата выдачи		
Прошу засчитать в качестве вступительного испытания результаты тестирования при первичной аккредитации	Номер и дата выдачи аккредитационной комиссии:	Количество баллов:
Прошу засчитать в качестве вступительного испытания результаты тестирования, сданного в другом учреждении	Наименование учреждения и дата сдачи тестирования:	Количество баллов:
Прошу допустить меня к сдаче вступительного тестирования, проводимого в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина	Дата проведения _____	

Наличие индивидуальных достижения (отмечается знаком V):

- Стипендия Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации;
 Диплом о высшем образовании с отличием;
 Общий стаж в должностях медицинских/фармацевтических работников со средним профессиональным образованием _____ (указать);
 Общий стаж в должностях медицинских/фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием _____ (указать);
 Общий стаж в должностях медицинских/фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в сельских населенных пунктах или рабочих поселках _____ (указать);
 Наличие среднего балла диплома о высшем образовании 4,0 и выше _____ (указать);
 Публикация в научном издании, индексируемом в базе данных Scopus и Web of Science;
 Наличие диплома участника Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»;
 Наличие ходатайства профильных научных подразделений НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина;
 Волонтерская деятельность в сфере охраны здоровья (с предоставлением соответствующих документов).

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (указать):

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности, Уставом и Правилами приема в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России, с Положением о порядке подачи и рассмотрения апелляции ознакомлен(а).

Подпись поступающего: _____

В случае предоставления мною заведомо подложных документов и несоответствующих действительности сведений несу ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Подпись поступающего: _____

Даю согласие на обработку моих персональных данных, включая видео/фотосъемку в ходе приема и учебного процесса.

Подпись поступающего: _____

При поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр приема подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры/интернатуры по специальности: 1) поступления или 2) дающей возможность получить специальность, указанную в заявлении, путем обучения по профессиональной переподготовке.

Подпись поступающего: _____

В случае моего согласия на зачисление, обязуюсь представить заявление о согласии на зачисление не позднее даты указанной в пункте 54 Правил приема.

Подпись поступающего: _____

Заявление принято в приемную комиссию ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России
«__» _____ 202__ г.

(подпись)

(Ф.И.О. ответственного лица приемной комиссии)

К заявлению прилагается:

1. Копия документа, удостоверяющего личность _____
2. Копия документа о высшем образовании _____
3. Копия 1-ой страницы военного билета (для граждан РФ) _____
4. Копии документов об индивидуальных достижениях _____
5. Копия документа о наличии ограничения возможностей _____
6. Копия договора на обучение (при наличии) _____
7. Копии иных документов указанных в пункте 22 Правил приема _____
8. Восемь фотографий 3x4 см _____

**Начальник методического
образовательного отдела**

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

**Заведующий отделом
функциональной диагностики**

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

Врач-терапевт

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

Отдел охраны труда

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата

Военно-учетный стол

Подпись

Фамилия, И.О.

Дата