

Председателю Приемной комиссии  
 д-ру мед. наук, профессору Чичановской Л.В.

От поступающего

Фамилия	ИВАНОВ	Документ, удостоверяющий личность:	ПАСПОРТ
Имя	ПЕТР	Серия	1234
Отчество	СИДОРОВИЧ	№	012345
Дата рождения	01.01.1993	Когда и кем выдан	01.06.2000 ОТАБ
Гражданство	РОССИЯ	Мом учрмс России по Твер-	ской обл. в г. Твери
Прописан по адресу	г. ТВЕРЬ, ул. СОВЕТСКАЯ, д. 4		
Адрес электронной почты	ivanovps@ygmil.ru		
СНИЛС	177-01-23-45		
Сведения о документе установленного образца	ВСВ 123456	Окончил (а)	2021 г.
Образовательная организация	ФГБОУ ВО ТВЕРСКОЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ		
Специальность по диплому	ВРАЧ - ПЕДИАТР		
Реквизиты свидетельства об аккредитации специалиста или выписка из итогового протокола (при наличии)			
Сведения о сертификате специалиста (при наличии)			

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные специальности:

Специальность	Условия поступления *
ПЕДИАТРИЯ	Б
ПЕДИАТРИЯ	ЦП
ПЕДИАТРИЯ	ПО
НЕВРОЛОГИЯ	Б
НЕВРОЛОГИЯ	ПО

\* Для каждой специальности указать условия поступления:

Бюджетная основа (Б), Целевой прием (ЦП), Платные образовательные услуги (ПО);

Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний  Да/нет (обвести нужное)

  
 (подпись поступающего)

С порядком проведения вступительных испытаний ознакомлен(а) и согласен(на)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

#### Раздел IV Правил приема

##### Сведения о наличии индивидуальных достижений\*

а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)	
б) документ установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации	✓
в) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, индексируемом в базе данных Scopus или Web of Science, автором или соавтором которой является поступающий	
г) общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):	
от 9 месяцев на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству)	✓
от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1.0 ставка по основному месту работы)	
от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1.0 ставка по основному месту работы)	
д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа в указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках	
е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я - профессионал»	
ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)	



з) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов	
и) осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанная деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней	
к) иные индивидуальные достижения, установленные Правилами приема на обучение по программам ординатуры в Университет*	✓

1-2 публикации РИНЦ

\*В соответствии с Правилами приема п. 46 подпункт к)

Нуждаюсь в предоставлении общежития на период обучения

Ознакомлен

- с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
- с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением);
- с датой (датами) завершения приема заявления о согласии на зачисление;
- с правилами приема на обучение по программам ординатуры;
- с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний;
- с условиями обучения в ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Подтверждаю подачу заявления в не более чем 3 организации высшего образования, включая ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, не более чем по 2 специальностям

Подтверждаю достоверность и полноту сведений о себе, предоставляю подлинные документы

На обработку своих персональных данных согласен (на) в соответствии с приложенным к данному Заявлению "Согласием на обработку персональных данных"

На распространение своих персональных данных согласен (на) в соответствии с приложенным к данному Заявлению "Согласием на распространение персональных данных"

С датой представления заявления о согласии на зачисление ознакомлен(а)

Высшее образование данного уровня и данной специальности получаю

впервые  не впервые

Для поступления в рамках контрольных цифр приема

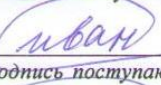
Подтверждаю отсутствие диплома об окончании

диплома об окончании ординатуры  диплома об окончании интернатуры

"01" июля 2021 г

  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

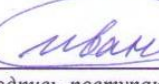
  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

  
(подпись поступающего)

Технический секретарь приемной комиссии

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)

Ответственный секретарь (заместитель) приемной комиссии приемной комиссии

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись)