

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

От поступающего

Фамилия	Документ, удостоверяющий личность:
Имя	
Отчество	Серия
Дата рождения	№
Гражданство	Когда и кем выдан
Прописан по адресу	
Адрес электронной почты	

СНИЛС _____
 Сведения о документе установленного образца _____ Окончил (а) _____ г.
 Образовательная организация _____
 Специальность по диплому _____
 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 *

* 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*	

*В соответствии с Правилами приема п. 4б 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 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.

(подпись поступающего)

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

(подпись поступающего)

Подтверждаю достоверность и полноту сведений о себе, предоставляю подлинные документы

(подпись поступающего)

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

(подпись поступающего)

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

(подпись поступающего)

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

(подпись поступающего)

Высшее образование данного уровня и данной специальности получаю

впервые не впервые

(подпись поступающего)

Для поступления в рамках контрольных цифр приема

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании

ординатуры интернатуры

(подпись поступающего)

" _____ " _____ 2021 г

(подпись поступающего)

Технический секретарь приемной комиссии

(дата, подпись)

Ответственный секретарь (заместитель) приемной комиссии приемной комиссии

(дата, подпись)