И.о. ректора ФГБОУ ВО

«Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России

 д-ру мед. наук, доц. С.Л. Кану

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |

*фамилия, имя, отчество соискателя*

|  |
| --- |
| дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающ(его/ей) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail для связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о приеме на обучение**

Прошу допустить меня к вступительным экзаменам в очную аспирантуруна выбранные научные специальности

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Научнаяспециальность | Основание поступления\* | Категория приема | Приоритет зачисления |
| Целевая квота | Основные бюджетные места |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

\*Для каждой научной специальности указать основание поступления: Бюджетная основа (Б), Целевой прием (ЦП)Дополнительно сообщаю:Мною сданы кандидатские экзамены по следующим дисциплинам:история и философия науки (указать отрасль науки, оценку и дату экзамена)иностранный язык (английский/немецкий/французский – указать нужное, указать оценку и дату экзамена)специальная дисциплина  |
| Язык обучения |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Являюсь выпускником 20 |  | г. |  |

*указать высшее учебное заведение, факультет, номер диплома*

|  |  |
| --- | --- |
| по специальности |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Присвоена квалификация |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Работаю (не работаю) |  |

 *название организации, подразделение, должность*

|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность, в т.ч. когда и кем выдан |  |
|  |
|  |
| Я, |  | , в аспирантуре на бюджетной основе ранее **не обучался**,  |

*Ф.И.О*

диплома об окончании аспирантуры **не имею**, свидетельства об окончании аспирантуры **не имею**, свидетельства об окончании адъюнктуры **не имею**, диплома кандидата наук **не имею.**

Трудовую книжку *имею/не имею.*

 *нужное подчеркнуть*

Портфолио с индивидуальными достижениями (*есть/нет*) и списком публикаций *прилагаю/не прилагаю*.

В общежитии □ нуждаюсь □ не нуждаюсь

Способ возврата поданных документов (в случае представления оригиналов), в случае непоступления на обучение:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Лично  |
|  | Доверенному лицу |
|  | Через оператора почтовой связи по адресу:  |
|  |  |

С Уставом университета ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

С лицензией на право ведения образовательной деятельности ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

Со свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

С образовательными программами университета ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

С правилами приема в аспирантуру и правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

С датой завершения приема документа об образовании ознакомлен(а), обязуюсь предоставить документ установленного образца не позднее дня завершения приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

Согласен на обработку моих персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

Наличие документа об инвалидности или об ограничении возможностей здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Да/нет

и документа, для создания особых условий при сдачи вступительных испытаний\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Да/нет

Вступительные испытания буду проходить *очно/с применением дистанционных технологий*

 *нужное подчеркнуть*

Достоверность сообщаемых мною сведений и предоставления подлинных документов подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Личная подпись |  | « » | 20 |  | г. |

 *(подпись) (ФИО)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Проректор по научной, лечебной работеи развитию регионального здравоохранения,д-р мед. наук, доц.  |  / Т.В. Пьянзова |  |

*(подпись) (ФИО)*