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. | Научная  специальность | 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 работе  и развитию регионального здравоохранения,  д-р мед. наук, доц. | / Т.В. Пьянзова |  |

*(подпись) (ФИО)*