Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Директору**

**областного государственного бюджетного профессионального**

 **образовательного учреждения «Тулунский медицинский колледж»**

**Е.Б.Бордовой**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Адрес по прописке

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( почтовый индекс, государство, область )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(район, город, (село), улица, дом)

Фактическое место жительства по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, государство, область, район, город (село), улица, дом)

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня на обучение по образовательной программе СПО на места, **финансируемые из областного бюджета**, на следующую специальность:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код специальности | Наименования укрупненных групп направлений подготовки.Наименования направлений подготовки | Квалификация | Форма обучения  |
| очная |
| **34.02.01** | **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО** | **Медицинская сестра/Медицинский брат** |  |
| **31.02.01** | **ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО** | **Фельдшер**  |  |

Прошу принять меня на обучение по образовательной программе СПО на места **с полным возмещением затрат** на следующие специальности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кодспециальности | Наименования укрупненных групп направлений подготовки. Наименования направлений подготовки | Квалификация | Форма обучения  |
| очная |
| **31.02.01** | **ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО** | **Фельдшер**  |  |
| **34.02.01** | **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО** | **Медицинская сестра/Медицинский брат** |  |
|  |

Прошу принять меня на обучение по образовательной программе СПО на места **с полным возмещением затрат** на следующие специальности:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Кодспециальности | Наименования укрупненных групп направлений подготовки. Наименования направлений подготовки | Квалификация | Форма обучения  |
| очно-заочная |
| **34.02.01** | **СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО** | **Медицинская сестра/Медицинский брат** |  |

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году

общеобразовательное учреждение □,

образовательное учреждение начального профессионального образования □,

образовательное учреждение среднего профессионального образования □,

Аттестат □ Диплом □ Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда и кем выдан регистрационный №

Трудовой стаж (если есть): общий \_\_\_\_\_\_\_\_\_лет, \_\_\_\_\_\_\_\_\_мес. медицинский \_\_\_\_\_\_\_\_\_лет, \_\_\_\_\_мес.

Иностранный язык: английский □, немецкий □, французский □, другой □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

не изучал (а) □

Социальный статус\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(из числа детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, инвалид (детства, I-II гр., войны, и др. )

Документы, подтверждающие социальный статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общежитие: нуждаюсь □, не нуждаюсь □

Служба в РА: да □, нет □

Состою на воинском учёте в ВК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование военного комиссариата по месту жительства)

Военный билет (при наличии) □; удостоверение призывника (при наличии) □

|  |  |
| --- | --- |
|  Среднее профессиональное образование получаю: впервые □, не впервые □ С Уставом образовательного учреждения, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении, Правилами внутреннего распорядка ознакомлен (а) На обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. №152 «О персональных данных», согласен (а) С датой предоставления оригинала документа об образовании ознакомлен (а) С перечнем медицинских противопоказаний к допуску к работе в ЛПУ, указанных в приложении к Приказу Минздравсоцразвития России от 12.04.2011г. №302н, ознакомлен (а) Подпись поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись законного представителя поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись ответственного лица приемной комиссии**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, инициалы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего) |