Приложение 3

к приказу 24.05.24 года № 60/1

Директору областного государственного

бюджетного профессионального

образовательного учреждения

«Ивановский медицинский колледж»

Т.В. Кудриной

От

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия:  Имя:  Отчество:  Дата рождения:  Место рождения:  Адрес фактического проживания:  Телефон: | Гражданство:  Документ, удостоверяющий личность:  Кем выдан:  Дата выдачи:  Адрес регистрации:  СНИЛС: |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на обучение по специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* по очной форме обучения
* по очно–заочной (вечерней) форме обучения.
* на места, финансируемые из областного бюджета
* на места с полным возмещением затрат

О себе сообщаю следующее:

Получил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_году

* основное общее образование
* среднее общее образование
* начальное профессиональное образование
* среднее профессиональное образование
* высшее образование

Наименование образовательного учреждения:

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

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

Номер документа о предыдущем образовании:

Аттестат □ / диплом □ Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медаль, аттестат, диплом «с отличием» □

Победитель всероссийской олимпиады (член сборной) □

Иностранный язык: английский □, немецкий□, французский□, не изучал (-а)□

Общежитие: нуждаюсь □, не нуждаюсь □

Наличие/отсутствие права преимущественного приема в соответствии с частью 4 статьи 68 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»

Наличие/отсутствие права первоочередного приема в соответствии с частью 4 статьи 68 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»

Трудовой стаж (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_ лет, \_\_\_\_\_\_\_мес. Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом ОГБПО «ИМК», Правилами приема и условиями обучения в ОГБПОУ «Ивановский медицинский колледж», правилами подачи и рассмотрения апелляций, образовательными программами,* *локальными актами колледжа, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, в том числе через информационные системы ознакомлен(а):*

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

подпись абитуриента подпись родителя (законного представителя)

несовершеннолетнего абитуриента

*Среднее профессиональное образование за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации получаю впервые:*

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

подпись абитуриента расшифровка подписи

*С датой предоставления оригинала документа об образовании (до 15.08.2024г.) ознакомлен(а):*

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

подпись абитуриента расшифровка подписи

*Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»: паспортные данные, контактный телефон, сведения о родителях (лицах их заменяющих, наличие социальных льгот и на действия с персональными данными: получение персональных данных у субъекта персональных данных, хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе), уточнение (обновление, изменение персональных данных, использование персональных данных, передача персональных данных в порядке, предусмотренном законодательством РФ.*

*Настоящее согласие дается на весь срок обучения в колледже. Порядок отзыва настоящего согласия по личному заявлению субъекта персональных данных мне понятен.*

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

подпись абитуриента расшифровка подписи

**Дополнительные сведения о семье: с**остав семьи: в семье \_\_\_\_\_\_\_\_\_детей

|  |  |
| --- | --- |
| Мать (ФИО) |  |
| Место работы |  |
| Телефон домашний |  |
| Телефон мобильный |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Отец (ФИО) |  |
| Место работы |  |
| Телефон домашний |  |
| Телефон мобильный |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Опекун (ФИО) |  |
| Место работы |  |
| Телефон домашний |  |
| Телефон мобильный |  |

Дополнительные сведения о себе:

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

**Личная подпись абитуриента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись абитуриента расшифровка подписи*

**Подпись ответственного лица ПК:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись расшифровка подписи*

**Дата заполнения:** «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.