

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

И. о. директора ФГБНУ ФИЦ ФТМ,  
академику РАН, д-ру мед. наук М.И. Воеводе

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

наименование документа удостоверяющего личность

код подразделения

кем выдан

\_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

дата выдачи

Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Гражданство (страна) \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

Адрес по месту регистрации: Индекс \_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_ Регион \_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_ Кв. \_\_\_\_\_

Тел. дом. \_\_\_\_\_ Тел. моб. +7 \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

@

прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления в ординатуру по следующим условиям:

Специальность (не более двух; в порядке убывания приоритетности (предпочтения): 1 – наиболее значимая; 4 – наименее значимая)	Условия поступления (выбрать нужное)
<b>1 приоритет</b>  _____ наименование специальности	<input type="checkbox"/> на места в пределах целевой квоты (бюджет) <b>указать регион</b>
	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
	<input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 62 и 65 Правил приема
<b>2 приоритет</b>  _____ наименование специальности	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
	<input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 62 и 65 Правил приема
<b>3 приоритет</b>  _____ наименование специальности	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
	<input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 62 и 65 Правил приема
<b>4 приоритет</b>  _____ наименование специальности	<input type="checkbox"/> основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
	<input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг
	<input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 62 и 65 Правил приема

Сведения о документе установленного образца (дипломе о высшем медицинском (или фармацевтическом)  
образовании):

Наименование вуза \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_ Присвоена квалификация \_\_\_\_\_

Серия документа \_\_\_\_\_ Номер документа \_\_\_\_\_ Дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Страна

выдачи \_\_\_\_\_

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста (или выписке из итогового протокола заседания  
аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста) (при наличии):

Регистрационный номер свидетельства об аккредитации \_\_\_\_\_ Специальность \_\_\_\_\_

Протокол заседания аккредитационной комиссии № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Место проведения аккредитации специалиста (область) \_\_\_\_\_

**Сведения о сертификате специалиста (при наличии):**

Сертификат по специальности \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_  
 Регистрационный номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

**На период обучения нуждаюсь в общежитии:**  да  нет  
**Способ возврата документов в случае не поступления:**  лично  доверенное лицо  почтой

**Являюсь соотечественником в соответствии со статьей 17 Федерального закона №99-ФЗ от 24.05.1999 или в соответствии с Государственной программой:** да  нет   
 Подтверждающие документы: \_\_\_\_\_

**Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью:**  да  нет

**Сведения об индивидуальных достижениях (отметить нужное):**

<input type="checkbox"/> Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации	<input type="checkbox"/> Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья
<input type="checkbox"/> Документ установленного образца с отличием	<input type="checkbox"/> Участие в волонтерской(добровольческой) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению COVID-19, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов
<input type="checkbox"/> Опубликованная научная статья (Web of Science, Scopus)	
<input type="checkbox"/> Дипломанты всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»	<input type="checkbox"/> 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 указанные деятельность и(или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению COVID -19 и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней
<input type="checkbox"/> Патент (свидетельство) на изобретение или на полезную модель, полученный в сфере «Здравоохранение и медицинские науки», зарегистрированный в установленном порядке	<input type="checkbox"/> Научная степень кандидата медицинских наук
<input type="checkbox"/> Участие с устным или постерным докладом на мероприятиях, имеющих международный уровень	<input type="checkbox"/> Статья (или выписка о принятии статьи) в российском медицинском журнале, рекомендованном ВАК РФ
<input type="checkbox"/> Участие с устным докладом на мероприятиях, имеющих всероссийский уровень	<input type="checkbox"/> Участие с устным докладом на мероприятиях, имеющих всероссийский уровень
<b>Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников:</b>	
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников <b>со средним</b> профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки)	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников <b>с высшим</b> профессиональным образованием (1,0 ставка)	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников <b>с высшим</b> профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в <b>сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа</b>	<input type="checkbox"/> лет <input type="checkbox"/> месяцев

**Ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования):**

- с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
- с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или с информацией об отсутствии указанного свидетельства;
- с датой завершения приема документа установленного образца;
- с правилами приема, утвержденными ФИЦ ФТМ, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

\_\_\_\_\_ **Подпись**

**Ознакомлен(а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов** \_\_\_\_\_ **Подпись**

**Подтверждаю** при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр отсутствие у меня диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если подаю заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной мной в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки)

\_\_\_\_\_ **Подпись**

**Обязуюсь** представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца, определённого Правилами приема для обучения по программам ординатуры \_\_\_\_\_ **Подпись**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г.  
*дата подачи заявления*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*подпись* / *расшифровка*