Приложение 5

|  |
| --- |
| ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России |
| Лицензия на право ведения образовательной деятельности Серия 90Л01 № 0009473 от 23.09.2016 г., рег. №2400 Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки |
| Свидетельство о государственной аккредитации Серия 90А01 № 0003784 от 07.05.2021 г., рег. №3564 Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки |
|  | ***И.о. ректора (председателю приемной комиссии) ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России Быловой Н.А.*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ, удостоверяющий личность |
| Отчество |  |
| Дата рождения | серия | № |
| Место рождения | Когда и кем выдан: |
| СНИЛС |

|  |  |
| --- | --- |
| Проживающего(ей) по адресу: |  |
| Контактный телефон: |  |
| Адрес электронной почты: |  |
| **З А Я В Л Е Н И Е**  |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные специальности **по программам ординатуры** в ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России: |
| **Приоритет зачисления** | **Специальность** | **Условия поступления\*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| \* Для каждой специальности указать основание поступления:Бюджетная основа (Б), Квота приема на целевое обучение (ЦП), Полное возмещение затрат (ПО) |
|  |
| Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний на русском языке: |
| Дисциплина по специальности диплома(Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология, Медико-профилактическое дело, Медицинская биохимия и т.д.) | Специальные условия |
|  |  |
| **Сведения о предложении заказчика целевого обучения**, в соответствии с которым подана заявка на заключение договора о целевом обучении *(данный пункт заполняется при поступлении по квоте приема на целевое обучение)*:размещено или не размещено предложение на цифровой платформе "Работа в России" - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер предложения, сформированный на цифровой платформе "Работа в России", в случае, если предложение размещено на цифровой платформе "Работа в России" - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование заказчика и номер предложения, присвоенный заказчиком, в случае, если предложение не размещено на цифровой платформе "Работа в России" - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **О себе сообщаю следующее:**Предыдущее образование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ годуДиплом серия, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (при наличии)  |
| Серия, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Сертификат специалиста по специальности (при наличии): |
| Серия, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Нуждаюсь в предоставлении общежития  |
| О себе дополнительно сообщаю: военнообязанный(ая) **да / нет**. |
| **Сведения о наличии индивидуальных достижений:** |
| Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):  |
| Диплом с отличием, полученный в образовательной организации РФ:  |
| Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий:  |
| Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования), за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3-х лет:, заисключением : |
| - от 9 месяцев в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству):  |
| - от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству):  |
| - от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы):  |
| - от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы):  |
| - дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, работа в указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках: |
| Наличие диплома Всероссийской студенческой олимпиады "Я – профессионал в области медицины и здравоохранения":  |
| Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства):  |
| Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов:  |
| Поступление на обучение в рамках целевой квоты по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, предусматривающему освоение образовательной программы высшего образования следующего уровня, после завершения освоения основной образовательной программы высшего образования в соответствии с договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, ранее заключенным между поступающим и тем же федеральным государственным органов, органом государственной власти субъекта Росийской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем:  |
| Осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в 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 новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней:  |
| Иные индивидуальные достижения, установленные СГМУ: |
| - медалист, победитель и призер заключительного этапа всероссийских (профессиональных) олимпиад среди студентов медицинских и фармацевтических вузов:  |
| - победитель и призер заключительного этапа зональных (федеральный округ) олимпиад среди студентов медицинских и фармацевтических вузов:  |
| - победитель и призер конкурсов студенческих (молодых ученых) научных работ, проводимых в рамках всероссийских или международных конференций:  |
| - победитель и призер конкурсов студенческих (молодых ученых) научных работ, проводимых в рамках региональных, межвузовских или вузовских конференций:  |
| - публикация статей в научных журналах, рекомендованных ВАК:  |
| - публикация статей в научных журналах:  |
| - публикация статей, тезисов в материалах всероссийских или международных конференций:  |
| - публикация статей, тезисов в материалах региональных, межвузовских или вузовскихконференций:  |
| - наличие наград федерального или регионального уровня, полученных за достижения в учебе и научной деятельности:  |
| - успешное окончание обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки «Цифровые технологии в здравоохранении», подтвержденное соответствующим документом (справка об обучении, диплом):  |
| «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (Подпись поступающего) |
| С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением) ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| С копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| С Уставом СГМУ, образовательными программами, Положением об оказании платных образовательных услуг СГМУ и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| С Правилами приема, утвержденными СГМУ самостоятельно, в т.ч. с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| На обработку персональных данных согласен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| С информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки): |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| С датой завершения приема оригиналов документов об образовании / заключения договоров об оказании платных образовательных услуг / заключения договоров о целевом обучении ознакомлен(а) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии |  |
|  | (Подпись ответственного) |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.