Приложение 4

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: |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные специальности **среднего профессионального образования** в ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Специальность | Форма обучения\* | Условия поступления\*\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **\*** Для каждой специальности указать форму обучения: Очная, Очно-заочная |
| **\*\*** Для каждой специальности указать условия поступления: Основные конкурсные места (Б), Полное возмещение затрат (ПО) |

**О себе сообщаю следующее:**

Предыдущее образование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_году

Аттестат/диплом серия, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сведения о наличии договора о целевом обучении:да нет

Сведения о наличии преимущественного права зачисления: да нет

Подтверждающий документ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о наличии индивидуальных достижений, указанных в п. 44 Правил приема:

да нет

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

Подтверждающий документ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иностранный язык:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нуждаюсь в предоставлении общежития:

|  |  |
| --- | --- |
|  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г. |  |
|  | (подпись поступающего) |
| Среднее профессиональное образование получаю: впервые не впервые  |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности 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 вступительных испытаний 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) |
| С датами предоставления оригинала документа об образовании / выставления на ЕПГУ отметок о представлении оригинала документа об образовании / заключения договоров об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии |  |
|  | (подпись ответственного) |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.