

от гражданина _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления на обучение по основной профессиональной образовательной программе – программе ординатуры в очной форме обучения на место с оплатой стоимости обучения за счет средств физических/юридических лиц (по договору об оказании платных образовательных услуг) раздельно по программам ординатуры в зависимости от специальности:

1. _____ (приоритетная),
(шифр и наименование специальности специалистов с высшим медицинским образованием)

2. _____,
(шифр и наименование специальности специалистов с высшим медицинским образованием)

О себе сообщаю следующее:

Дата рождения (число, месяц, год): « ____ » _____ г., гражданство: _____.

Документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ номер _____ дата выдачи _____;

выдан _____ код подразделения: _____.

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Телефон (с кодом города): _____; мобильный: _____; E-mail: _____ (подпись)

1. Сведения о документе установленного образца

Завершил обучение в _____ году в образовательной организации высшего образования организацию: _____
(полное наименование образовательной организации)

по специальности _____, присвоена квалификация _____,

в подтверждение имею диплом серия _____ № _____, дата выдачи _____.

2. Сведения о сертификате специалиста

3. Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста/ прошедшим 1 этап (тестирование):

Результат тестирования (%): _____	Подпись: _____
-----------------------------------	----------------

Прошу зачесть в качестве вступительного испытания результаты тестирования, пройденного в _____ году в рамках первичной аккредитации / вступительного испытания в ординатуру:

4. Вступительное испытание планирую проходить в _____

5. Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений (ЗАПОЛНЯЕТ РАБОТНИК УЧЕБНОГО ЦЕНТРА!):

Наименование индивидуального достижения	Сумма конкурсных баллов (заполняет работник Склифа):	Норма баллов / Необходимо обвести кружком фактическое количество баллов
а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)		20
б) документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации		55
в) 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		20
г) 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):		
г1) 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)		15
г2) от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)		100
г3) от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)		150
д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа в указанных должностях не менее 9 месяцев медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках		25
е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"		20
ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)		20
з) 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		20
и) 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 указанная 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		30
к) иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»		по 5
к1) наличие научной публикации; к2) выступление с докладом на научной конференции, симпозиуме, конгрессе; к3) дипломант профильной олимпиады; к4) участие в научном кружке; к5) трудовая деятельность в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»		

Общая сумма баллов за индивидуальные достижения (цифрами вписывается секретарем приемной комиссии!):

С суммой конкурсных баллов, указанных в настоящем заявлении, в том числе за индивидуальные достижения согласен, возражений не имею (подпись поступающего):

6. Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью _____.

7. В случае поступления в ординатуру ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», прошу вернуть документы (необходимое подчеркнуть):

- лично,
 по следующему почтовому адресу (с указанием индекса) _____,
 адресу, указанному в данном заявлении.

8. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счёта (СНИЛС):

Номер СНИЛС: - (заполнить в представленном формате):

Подтверждаю, что номер указанного СНИЛС совпадает с номером СНИЛС, зарегистрированным в Единой базе оценочных средств, формируемой Министерством здравоохранения Российской Федерации: _____

(подпись)

Ознакомлен(а) со следующими документами и информацией, которая мне разъяснена:

Лицензией на право ведения образовательной деятельности ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» и приложения к ней	(подпись)
Свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» и приложением к нему	(подпись)
Уставом ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», приложением к Уставу; Правилами внутреннего распорядка, в том числе санитарно-эпидемиологические правила допуска обучающегося в клинические отделения мне разъяснены, обязуюсь выполнять; Образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности	(подпись)
Правами и обязанностями обучающегося, которые мне разъяснены Информацией о проводимом конкурсе и о правилах подведения его итогов, в том числе размещении информации на официальном сайте организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	(подпись)
Условиями проведения вступительного испытания; Правилами подачи письменного заявления в апелляционную комиссию и другими локальными нормативными актами ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», регламентирующими вопросы организации приема на обучение по программам ординатуры	(подпись)
Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю. Против возврата документов и выбытия из конкурса, в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности, возражений не имею	(подпись)
Подлинность документов, подаваемых для поступления, подтверждаю	(подпись)
С датой и порядком завершения приема оригинала документа установленного образца (согласия на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг) ознакомлен(а). Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца. В случае поступления на обучение в иную организацию обязуюсь известить приемную комиссию ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» личным заявлением об отзыве документов	(подпись)
С суммой начисленных баллов, указанных в настоящем заявлении, за индивидуальные достижения согласен, возражений не имею	(подпись)
Об отсутствии общежития/интерната для поступающих на обучение и обучающихся по программе ординатуры осведомлен	(подпись)
Согласие на обработку персональных данных. Своей волей и в своем интересе выражаю согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), блокирование, уничтожение), указанных в данном заявлении, а также на получение моих персональных данных у третьей стороны, (от третьих лиц путем направления запросов в органы государственной власти, органы местного самоуправления, путем получения данных из других общедоступных информационных ресурсов, из архивов, из информационных ресурсов государственных учреждений и ведомств) и/или сообщение моих персональных данных третьей стороне, в том числе в Государственное унитарное предприятие города Москвы «Московский социальный регистр» и Банку – для оформления расчетного приложения и открытия безналичного счета на Социальной карте, при условии, что ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» заранее сообщит Субъекту наименование и адрес данного банка (Ф.И.О., даты и места рождения, гражданства, места регистрации и места жительства, паспортных данных, сведений об образовании, идентификационного номера налогоплательщика, номера страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведений о воинском учете, данных о допуске к сведениям, составляющим государственную тайну, сведений о наградах, сведения о текущей трудовой деятельности (должность, график и адрес места работы), контактный телефон, e-mail, адрес регистрации; адрес фактического проживания.) и в целях, участия в конкурсе и вступительных испытаниях в ординатуру, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, обеспечения моей личной безопасности, для формирования общедоступных источников персональных данных (справочников, адресных книг, информации в СМИ и на сайте института и т.д.), а также архивного хранения в течение срока, предусмотренного действующим законодательством с последующим уничтожением. Я согласен с тем, что мои, указанные в данном заявлении, персональные данные будут обрабатываться перечисленными выше иными операторами в моем интересе методом смешанной (в том числе автоматизированной с помощью средств вычислительной техники и на бумажных носителях) обработки, систематизироваться, храниться, распространяться и передаваться с использованием сети общего пользования Интернет третьим лицам, в том числе с использованием трансграничной передачи данных на территории иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов персональных данных. Подтверждаю, что с нормами Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных данных, я ознакомлен(а). Настоящее согласие действует бессрочно, но может быть отозвано по моему письменному заявлению.	(подпись)

Дата и время заполнения заявления: « ____ » _____ 2022 г. ____ час. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Заявление принял « ____ » _____ 2022 г. _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)