|  |
| --- |
| Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| И. о. директора КГБПОУ «Туринский медицинский техникум»  М.И. Каплина |

От

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ,  удостоверяющий личность |
| Отчество | Серия № |
| Дата рождения | Дата выдачи |
| Место рождения | Кем выдан |
| Проживающий(ая) по адресу | № моб.телефона |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на обучение по специальности: ***31.02.01 Лечебное дело,*** по очной форме обучения, финансируемую из краевого бюджета по договору об оказании платных образовательных услуг (нужное подчеркнуть)

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в году образовательное учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Аттестат//диплом: серия №

Средний балл документа об образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Трудовой стаж (если есть)

Место работы

Иностранный язык: английский, немецкий, французский, другой не изучал

О себе дополнительно сообщаю:

Фамилия, имя, отчество родителей:

отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. сотовый

мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. сотовый

Домашний адрес родителей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Среднее профессиональное образование получаю впервые, не впервые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

2.Нуждаюсь в предоставлении общежития: ДА НЕТ \_\_

(подпись поступающего)

3.С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами приема и условиями обучения в КГБПОУ «Туринский медицинский техникум» ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

1. Нуждаюсь в необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью/ ограниченными возможностями здоровья: ДА НЕТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

1. Согласен (согласна) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

1. На представление информации через анкетирование, различные опросные методы и различные

виды тестирования согласен \_\_

(подпись поступающего)

1. С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен (не позднее 15.08.2023 г.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись поступающего)

5.С перечнем, формой и сроками вступительных испытаний при приеме на обучение по специальностям 31.02.01 Лечебное дело, ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Подпись родителей: «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

Подпись ответственного лица приемной комиссии