|  |
| --- |
| ***Ректору***  ***ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова***  ***Минздрава России***  ***Хурцилава О.Г.*** |
| *от* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова Ивана Ивановича\_\_\_\_\_***  *(фамилия, имя, отчество)*  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_23.02.1985 г.р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *(дата рождения)*  *проживающего по адресу:* ***\_ 196018, г.СПб,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  *(индекс)*  ***пр. Просвещения,д.47, корп.4, кв.287\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***    *гражданство* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Россия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  *документ, удостоверяющий личность****\_\_\_\_\_\_паспорт\_РФ\_\_\_\_***  ***\_серия 1885 № 856709 выдан ТП №18 одт. УФМС России по***  *(серия, номер, кем и когда выдан)*  ***СПБ и ЛО в Калининском р-не г.СПб, 12.03.2011г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***    *тел.* ***\_м.т.\_8921289188, дом.т. 275-25-18\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  *(мобильный, домашний)*  *e-mail* **\_\_\_\_aspirantU@yandex.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

*Прошу допустить меня к вступительным экзаменам и участию в конкурсе на право поступления в аспирантуру по направлению подготовки* ***\_30/06/01 Клиническая медицина***

*(направление подготовки)* *направленность* ***\_\_\_Внутренние болезни\_\_\_\_\_*** *по форме обучения:*

*( наименование направленности подготовки)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ***очной*** *в рамках* ***контрольных цифр приема*** | **1** |
| 1. ***очной*** *по договору об оказании* ***платных образовательных услуг*** |  |
| 1. ***заочной*** *по договору об оказании* ***платных образовательных услуг*** | **2** |

(приоритеты указываются цифрами в ячейках справа от названия формы обучения, высший приоритет-1)

*Предыдущий уровень образования* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_специалитет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(высшее – специалитет / магистратура)*

***Документ об образовании:***

*Диплом****\_108732\_0004398 ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова Минздрава России\_\_\_\_***

*(серия, номер) (наименование ВУЗа)*

*Решение Государственной аттестационной комиссии от* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_17.06.2014\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*присуждена квалификация****\_врач\_\_*** *по специальности* ***\_\_\_\_\_\_\_\_«лечебное дело»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_22.06.2014 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*( дата выдачи диплома)*

*Наличие опубликованных работ, изобретений, патентов****\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(указать кол-во работ в соответствии с прилагаемым списком научных трудов)*

*Сведения о* ***наличии/отсутствии*** *индивидуальных достижений*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(участие в ВСО, наличие научных публикаций в изданиях: Web of science, Scopus, рекомендованных ВАК РФ, РИНЦ; грант на НИР; участник научно-практических конференциях; наличие патентов и изобретений, диплом об образовании и квалификации с отличием)*

*Владею иностранным языком* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_английским\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(указать каким)*

*Подтверждаю получение данного уровня высшего образования* ***в рамках контрольных цифр впервые. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(подпись)*

*Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний:* ***да / нет*** (для граждан с **ограниченными возможностями здоровья**)

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(документ, подтверждающий ограниченные возможности здоровья или инвалидность)*

*В общежитии* ***нуждаюсь /не нуждаюсь****.*

*Ознакомлен:*

* *с лицензией на право осуществления образовательной деятельности (с приложением);*
* *свидетельством о государственной аккредитации (с приложением);*
* *с правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний;*
* *с датой завершения представления оригинала диплома специалиста (или магистра)/согласия на зачисление*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(подпись)

*Указать способ возврата оригиналов поданных документов в случае непоступления на обучение* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_лично\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(оригиналы поданных документов прошу вернуть лично/доверенному лицу/иным способом)*

*Согласен на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных», с размещением информации о результатах вступительных испытаний на сайте СЗГМУ им. И.И. Мечникова и с использованием персональных данных в электронных системах обработки информации.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(подпись)*

*Достоверность сведений, указанных в заявлении и подлинность документов подтверждаю*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(подпись)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(подпись) (фамилия, имя ,отчество)*

***«\_20\_» \_\_\_июня\_\_\_\_ 2016 г.***