

**И.о. ректора федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Мажарову В.Н.  
Абитуриента(нтки)**

_____	Документ, удостоверяющий личность _____
Фамилия	(вид документа)
_____	серия _____ № _____
Имя	
_____	Выдан _____
Отчество (при наличии)	(кем выдан (указывать как в паспорте))
Дата рождения «__» _____ г	
_____	
Место рождения _____	
(указывать как в паспорте)	
_____	«__» _____ г
	(дата выдачи)
_____	Код подразделения _____
Пол _____	СНИЛС _____
(муж/жен)	
Гражданство _____	Телефон _____
(по документу, удостоверяющему личность)	

Имею: \_\_\_\_\_ образование.  
(высшее)

Документ об образовании и о квалификации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_

(серия) (номер) (дата выдачи)

(кем выдан)

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления по специальности по указанной ниже приоритетности и условиям:

№ п/п	Специальность	Основание поступления			
		Форма обучения	Бюджет	Целевое обучение	С оплатой обучения
1.					
2.					

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания результат тестирования:

Форма вступительного испытания	Год получения результата	Специальность	Наименование образовательной организации, в которой проводилось вступительное испытание

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям в форме:

Форма вступительного испытания	Время и дата проведения вступительного испытания	Специальность
Тестирование		

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Уведомлен(а) о том, что в 2021 году вступительные испытания (тестирование) могут проводиться с использованием дистанционных технологий, университет вправе проводить тестирование путем непосредственного взаимодействия поступающих и работников университета, исходя из санитарно-эпидемиологической обстановки

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Прошу учесть имеющиеся у меня индивидуальные достижения:

Перечень индивидуальных достижений	Основание	Кол-во начисленных баллов/Подпись отв.секретаря
стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)		
документ установленного образца с отличием		

наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, индексируемом в базе данных Scopus или базе данных Web of Science, автором или соавтором которой является поступающий		
<p>общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):</p> <p>- от 9 месяцев на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству)</p> <p>- от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы)</p> <p>- от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы)</p>		
дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа на указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках		
дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"		
участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)		
средний балл 5,0 за весь период обучения в образовательной организации		
участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов		
осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на 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 коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней		

В общежитии нуждаюсь , не нуждаюсь .

Уведомлен(а) о том, что вступительные испытания на языке(ах) субъектов РФ или на иностранном языке не проводятся

(подпись поступающего)

Высшее образование данного уровня получаю впервые , повторно\*

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

\*В случае наличия высшего образования указать уровень имеющегося образования и реквизиты документа об образовании и о квалификации \_\_\_\_\_

Удостоверяю, что подаю документы не более, чем в 3 образовательных организаций и не более, чем по 2 специальностям

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним, уставом ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, правилами приёма в 2021 году, порядком учета индивидуальных достижений, порядком проведения и графиком вступительных испытаний, правилами подачи апелляций, положением о порядке организации и проведении работ по обработке и защите персональных данных, в том числе через информационные системы общего пользования ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С датой предоставления в приёмную комиссию оригинала документа об образовании на каждом этапе и на каждой стадии зачисления на места в рамках контрольных цифр, с датами завершения предоставления сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Ознакомлен(а), что в случае поступления на обучение одновременно по различным условиям поступления, то при зачислении на обучение по каким-либо условиям поступления исключаюсь из списков поступающих, поступление в соответствии с которыми в соответствии с заявлением о приеме является для него менее приоритетным

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучение (в случае предоставления оригиналов документов) нарочно  или по почте  на адрес: \_\_\_\_\_

Все положения заявления мне разъяснены и понятны

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

**О себе сообщаю следующие сведения:**

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

Социальное положение: из семьи рабочих , из семьи служащих , другое \_\_\_\_\_.

Иностранный язык: английский , немецкий , французский , другой \_\_\_\_\_

Секретарь технического секретариата приёмной комиссии ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись секретаря)