

основная специальность		другие специальности	
регистрационный №	специальность	регистрационный №	специальность

Директору
Областного государственного бюджетного
профессионального образовательного
учреждения «Рязанский медицинский
колледж»
Н.И. Литвиновой

От

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____ Гражданство _____	Документ, удостоверяющий личность _____ Серия _____ № _____ Когда и кем выдан _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Проживающего (ей) по адресу: _____

_____ Дом. тел. _____

Моб. тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня до участия в конкурсе на специальность

в первую очередь

во вторую очередь

31.02.01 Лечебное дело (только после 11 кл)

31.02.01 Лечебное дело (только после 11 кл)

31.02.02 Акушерское дело

31.02.02 Акушерское дело

31.02.03 Лабораторная диагностика

31.02.03 Лабораторная диагностика

33.02.01 Фармация

33.02.01 Фармация

34.02.01 Сестринское дело

34.02.01 Сестринское дело

по очной форме обучения

на места, финансируемые из областного бюджета - ,

в случае не прохождения конкурса на места, финансируемые из областного бюджета,

согласен на обучение на местах с полным возмещением затрат -

на места с полным возмещением затрат - .

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в _____ году образовательное учреждение _____

Аттестат / диплом / справка : Серия: _____ № _____

Трудовой стаж (если есть) _____

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

О себе дополнительно сообщаю _____

_____ г.
(дата)

(подпись поступающего)

Среднее профессиональное образование получаю впервые, не впервые _____
(подпись поступающего)

Нуждаюсь в предоставлении общежития: ДА НЕТ _____
(подпись поступающего)

С количеством свободных мест в общежитии ознакомлен _____
(подпись поступающего)

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, Правилами приема и условиями обучения в ОГБПОУ «Рязанский медицинский колледж» ознакомлен: _____
(подпись поступающего)

Нуждаюсь в необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью/ ограниченными возможностями здоровья:
 ДА НЕТ _____
(подпись поступающего)

На обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, в том числе передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных и биометрических данных, согласен _____
(подпись поступающего)

На представление информации через анкетирование, различные опросные методы и различные виды тестирования согласен _____
(подпись поступающего)

С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен: _____
(подпись поступающего)

С перечнем, формой и сроками вступительных испытаний при приеме на обучение по специальностям 31.02.01 Лечебное дело, 31.02.02 Акушерское дело и 34.02.01 Сестринское дело ознакомлен _____
(подпись поступающего)

Ответственный секретарь приемной комиссии _____
_____ г.