Директору

ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России

Майстренко Дмитрию Николаевичу

от Иванова Ивана Ивановича

01.01.1990 года рождения

проживающего по адресу: 111111, г. Санкт-Петербург, пос. Песочный, Ленинградская ул., д. 70, кв. 1

гражданство: РФ

документ, удостоверяющий личность: паспорт 00 00 000000, выдан 01.01.2000 ТП № 00 отдела УФМС России по Санкт-Петербургу и Ленинградской обл. в Выборгском р-не г. Санкт-Петербурга

тел. +7 999 123-45-67

e-mail Ivanov.ivan@gmail.com

ЗАЯВЛЕНИЕ

## Прошу допустить меня к вступительным экзаменам и участию в конкурсе на право поступления в аспирантуру по научной специальности 3.1.6 Онкология, лучевая терапия по форме обучения:

## Очной в рамках контрольных цифр приема

## Очной по договору об оказании платных образовательных услуг

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

Предыдущий уровень образования: специалитет

Документ об образовании:

Диплом специалиста 111111 1111111, рег. № 111 от 29.06.2020, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Решением Государственной аттестационной комиссии от 29.06.2020 присуждена квалификация «врач-педиатр» по специальности 31.05.02 Педиатрия

Наличие опубликованных работ, изобретений, патентов: список прилагается

Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений: наличие публикаций

Владею иностранным языком: английским (свободно)

Намерен сдавать вступительное испытание по специальности на русском языке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

При поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр приема: подтверждаю отсутствие диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры) или диплома кандидата наук. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний:

да/**нет** *(для граждан с ограниченными возможностями здоровья)*

**Ознакомлен:**

* с Уставом ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России;
* с лицензией на право осуществления образовательной деятельности (с приложением);
* со свидетельством о государственной аккредитации (с приложением);
* с датой завершения предоставления оригинала диплома специалиста (или магистра) / согласия на зачисление;
* с Порядком приема и условиями обучения в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России;
* с Этическим кодексом обучающегося медицине;
* с Правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний;
* с Правилами внутреннего распорядка обучающихся.

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

*(подпись)*

Указать способ возврата оригиналов поданных документов в случае непоступления на обучение *оригиналы поданных документов прошу вернуть лично*

Согласен на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с размещением информации о результатах вступительных испытаний на сайте ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России и с использованием персональных данных в электронных системах обработки информации.

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

*(подпись)*