Директору

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*фамилия, имя, отчество*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата рождения) (индекс, адрес)*

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

гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(серия, номер, кем и когда выдан)*

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(мобильный, домашний)*

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным экзаменам и участию в конкурсе на право поступления в аспирантуру по направлению подготовки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(направление подготовки)*

направленности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по форме обучения:

*(наименование направленности подготовки)*

1. Очной в рамках контрольных цифр приема
2. Очной по договору об оказании платных образовательных услуг
3. Заочной по договору об оказании платных образовательных услуг

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

Предыдущий уровень образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(высшее – специалитет/магистратура)*

Документ об образовании:

Диплом\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(серия) (номер) (наименование ВУЗа)*

Решением Государственной аттестационной комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

присуждена квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по специальности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

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

*(дата выдачи диплома)*

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

*(указать количество работ в соответствии с прилагаемым списком научных трудов)*

Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений

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

*(наличие научных публикаций в изданиях: Web of science, Scopus, рекомендованных ВАК, РИНЦ; изобретение и (или) отчет по научной работе; международный языковой сертификат)*

Владею иностранным языком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(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)*

**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/доверенному лицу/иным способом*

Согласен на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 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)*

**Отметка военно-учетного стола**

Ответственный за военно-учетную работу*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(подпись) (Ф.И.О.)*

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Достоверность сведений, указанных в заявлении и подлинность документов подтверждаю

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

 *(подпись)*

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

(*подпись) (фамилия, имя, отчество*)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.