

**Председателю приемной комиссии  
ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России  
Майстренко Дмитрию Николаевичу**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

**1.**

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	
Пол	
Гражданство	

**2. Реквизиты документа, удостоверяющего личность**

Наименование документа	Серия	Номер	Кем выдан	Когда выдан	Код подразделения

**СНИЛС**

--

**3. Адрес регистрации по месту жительства**

Страна	Регион	Район		Населенный пункт	
Индекс	Улица	Дом	Стр.	Корп.	Кв.

**4. Почтовый адрес и электронный адрес**

Страна	Регион	Район		Населенный пункт	
Индекс	Улица	Дом	Стр.	Корп.	Кв.
E-mail					

**5. Контактный телефон**

--

**6. Сведения о документе об образовании и квалификации**

Номер диплома	
Номер приложения к диплому	
Регистрационный номер и дата выдачи	
Наименование образовательной организации, специальность	

**7. Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования) (при наличии)**

<b>Свидетельство об аккредитации специалиста</b>	
Номер	
Регистрационный номер	
Специальность	
Результат тестирования	
Протокол заседания аккредитационной комиссии	№ ____ от « ____ » _____ 20 __ г.
<b>Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии</b>	
№ ____ от « ____ » _____ 20 __ г.	
Результат тестирования	

**8. Сведения о сертификате специалиста (при наличии)**

Номер	
Регистрационный номер	
Дата выдачи	
Наименование образовательной организации, специальность	

**9. Сведения о наличии договора о целевом обучении (квота целевого приема)** Нет Да, указать орган (организацию), с которым заключен договор, а также специальность:

--

## 10. Условия поступления на обучение с указанием приоритетности зачисления по различным условиям поступления

Приоритетность поступления указать цифрами (1, 2, 3...), например:

Наименование специальности	Код специальности	Места в пределах целевой квоты	Основные места в рамках контрольных цифр	Места по договорам об оказании платных образовательных услуг
Онкология	31.08.57	1	2	4
Радиотерапия	31.08.61		3	5

Наименование специальности	Код специальности	Места в пределах целевой квоты	Основные места в рамках контрольных цифр	Места по договорам об оказании платных образовательных услуг

## 11. Сведения о вступительном испытании

Поступающий проходит вступительное испытание однократно в одной из организаций, в которые подает заявление о приеме или представляет заявление с указанием одного из результатов, предусмотренных пунктом 5.9 Порядка приема, во все организации, в которые подает заявление о приеме.

### Выбрать ОДИН вариант:

- Прохожу вступительное испытание в Центре
- Прохожу вступительное испытание в (указать организацию)

--

- Прошу учесть один из результатов, предусмотренных пунктом 5.9 Порядка приема (заявление прилагаю).

## 12. Сведения о наличии индивидуальных достижений

- Нет
- Да (указать, какие)

а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)	
б) документ установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации;	
в) 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;	

г) 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):	
- 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);	
- от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы);	
- от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы);	
д) 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;	
е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»	
ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)	
з) 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;	
и) 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 указанные 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;	
к) иные индивидуальные достижения, установленные Центром:	
- наличие научной статьи в журнале, включенном в перечень ВАК	
- наличие иных публикаций в журналах, входящих в РИНЦ (3 и более)	
- автор (соавтор) патентов и изобретений	
- средний бал диплома выше 4,5 (при отсутствии документа установленного образца с отличием)	

**13. Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью**

Нет

Да (указать, какие)

--

**Я ознакомлен(а), в том числе через информационные системы общего пользования с:**

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением) и свидетельства о государственной аккредитации (с приложением)

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

С датой (датами) завершения приема заявления о согласии на зачисление

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

С Правилами приема граждан в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры в 2021 году (с изменениями)

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

С правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

С информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов, а также об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

**Для поступающих на места в рамках контрольных цифр:**

Я подтверждаю, что не имею диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки)

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Я уведомлен(а) о том, что зачислению подлежат:

- в рамках контрольных цифр приема предоставившие заявление о согласии на зачисление;
- на места по договорам об оказании платных образовательных услуг предоставившие заявление о согласии на зачисление и заключившие договор об оказании платных образовательных услуг в сроки, определяемые Порядком приема.

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на осуществление фотосъемки и использование моего изображения в целях проведения приема и образовательного процесса в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России, в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ.

\_\_\_\_\_ *подпись поступающего*

\_\_\_\_\_ *подпись*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. поступающего*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.