**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 подразд. |
|  |  |  |  |  |  |

**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)

|  |
| --- |
| **Свидетельство об аккредитации специалиста** |
| Номер |  |
| Регистрационный номер |  |
| Специальность |  |
| Результат тестирования |  |
| Протокол заседания аккредитационной комиссии | № \_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. |
| **Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии**№ \_\_\_\_ 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 (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) |  |
| б) документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации |  |
| в) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, 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 установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования): |  |
| - от 9 месяцев в 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 в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы); |  |
| - от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы); |  |
| д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа в 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 новой коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов; |  |
| и) осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в 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 новой 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 документа установленного образца (заявления о согласии на зачисление)

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

*подпись поступающего*

С Правила приема граждан в ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры в 2022 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 оригинал документа установленного образца;

- 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.