**И.о. ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России**

**профессору РАН Н.Г. Мокрышевой**

**Заявление подано лично****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись**

**Заявление подано по через доверенное лицо**

**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Подпись**

**Регистрационный номер (заполняется ПК): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(соответствует идентификационному номеру)

**от:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** |  |
| **Имя** |  |
| **Отчество** (при наличии) |  |
| **Дата рождения** |  |
| **Сведения о гражданстве** (его отсутствии) |  |
| **Реквизиты документа, удостоверяющего личность** | |
| - наименование  - серия, номер  - дата выдачи  - орган, выдавший документ |  |
| **СНИЛС** |  |
| **Сведения о дипломе о высшем образовании (документ установленного образца)** | |
| - уровень образования  - документ об образовании, серия, номер, дата выдачи  - квалификация  - специальность  - наименование образовательной организации |  |
| **Сведения об аккредитации специалиста** |  |
| Сведения о сертификате специалиста (при наличии) |  |
| **Почтовый адрес и (или) электронный адрес (по желанию поступающего)** | |
| страна |  |
| почтовый индекс |  |
| область, край и т.д. |  |
| город |  |
| улица, дом, квартира |  |
| e-mail |  |
| телефон |  |
| приоритетный способ информирования о итогах приемной кампании | самостоятельно (на сайте образовательной организации) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

**Прошу принять на обучение по программе аспирантуры по направлению подготовки   
31.06.01 Клиническая медицина (профиль образовательной программы 14.01.02 Эндокринология) на очную форму обучения и допустить до участия в конкурсе по следующим условиям поступления на обучение на места:**

**ВЫБРАТЬ :** в рамках контрольных цифр приема за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета **ИЛИ** по договорам об оказании платных образовательных услуг

Приоритетность поступления (указывается цифрами 1, 2… в соответствии со специальностями и условиями поступления, по которым подаются заявления)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование программы** | **Условие поступления** | **Приоритетность поступления** |
| **Аспирантура 31.06.01 Клиническая медицина** | бюджет |  |
| **Аспирантура 31.06.01 Клиническая медицина** | договор |  |

К заявлению прилагаю сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **П/п** | **Индивидуальные достижения (согласно Правилам приема в аспирантуру)** | **Количество баллов** |
| 1 | Указать списком в таблице (подробно), каждое достижение отдельной строкой |  |
| 2.. |  |  |

Общее количество баллов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В общежитии *(нужное указать):* нуждаюсь / не нуждаюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись).

Способ возврата документов, поданных поступающим для поступления на обучение (в случае непоступления на обучение и в иных случаях)

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

**Я ознакомлен(а) с:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Подпись** |
|  | Уставом организации |  |
|  | копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением), |  |
|  | со свидетельством о государственной аккредитации |  |
|  | датой (датами) завершения приема документа установленного образца, |  |
|  | правилами приема, (перевода) утвержденными организацией, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания; |  |
|  | правилами внутреннего распорядка |  |
|  | правилами проведения вступительных испытаний (конкурса); графиком и режимом работы приемной комиссии |  |
|  | положением об экзаменационной комиссии |  |
|  | порядком зачисления по разным условиям поступления |  |

(подпись)

Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его инвалидностью (указать перечень вступительных испытаний и создание специальных условий) ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Реквизиты документа, подтверждающего наличие инвалидности и или ОВЗ с указанием срока действия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подтверждаю** факт предоставления мною достоверных сведений и предоставляю подлинные документы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

**Подтверждаю** отсутствие у меня диплома об окончании аспирантуры или диплома кандидата наук (для поступающих, подавших заявление о приеме на обучение на места в рамках контрольных цифр) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

**Обязуюсь** представить оригинал диплома (с приложением) не позднее для окончания приема документов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

**Даю согласие**:

на обработку моих персональных данных, в том числе:

фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографии, образца личной подписи, сведений об образовании, результатов вступительных испытаний, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

на передачу вышеуказанных данных в информационные системы, базы и банки данных управления контингентом с их последующей обработкой согласно действующему законодательству РФ, в случае зачисления на обучение.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Фамилия ИО)

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Заявление принято:**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Время (МСК): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственное лицо приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность (подпись) (Ф.И.О.)

Поступающий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

Ответственный секретарь ПК

\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пигарова Е.А.**

(подпись)