|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии»  Департамента здравоохранения города Москвы  з | | Лицензия на право ведения образовательной деятельности № Л035-00115-77/00096787 от 29.05.2018 г. Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки | | Свидетельство о государственной аккредитации Серия 90А01 № 0002168 от 01.07.2016 Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| «Допустить к вступительным испытаниям»  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г.  Директор НИИ НДХиТ \_\_\_\_\_\_\_\_Митиш В.А.  *От* | | | | | | | | | | | | | | | | ***Директору НИИ НДХиТ***  ***Митишу В.А.*** | | | | | | | | |
| Фамилия | | | | | | | | | | | | | | | | | Гражданство | | | | | | | |
| Имя | | | | | | | | | | | | | | | | | Документ, удостоверяющий личность | | | | | | | |
| Отчество | | | | | | | | | | | | | | | | | Паспорт | | | | | | | |
| Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | | № | | | |
| Место рождения | | | | | | | | | | | | | | | | | Когда и кем выдан: | | | | | | | |
| СНИЛС | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон: дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | сотовый | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Адрес электронной почты: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **З А Я В Л Е Н И Е (личное дело №\_\_\_\_\_)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные направления подготовки (специальности) в НИИ НДХиТ в порядке приоритетности поступления по различным условиям поступления: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **№ п.п.** | | | | | **Направление подготовки (специальность)** | | | | | | | | | | **Основание поступления\*** | | | | | | **Условия поступления\*\*** | | | |
| 1. | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| 2. | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| \* Для каждого направления подготовки (специальности) указать основание поступления: Полное возмещение затрат(ПО), Целевой прием(ЦП)  \*\* Условия поступления: на общих основаниях/целевая квота | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний на русском языке: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование предмета (Дисциплина по специальности диплома) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Специальные условия | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Прошу учесть в качестве вступительных испытаний:  1. Результаты аккредитации специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (специальность) (год) (подпись)  2. Тестирование в НИИ НДХиТ при поступлении в ординатуру: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  либо в другом образовательном учреждении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  **О себе сообщаю следующее:**  Окончил(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (образовательное учреждение)  в \_\_\_\_\_\_\_\_ году | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Диплом: | | | | Серия \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Дата выдачи | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Свидетельство об аккредитации специалиста: | | | | | | | | | | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| Сертификат специалиста по специальности: | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| Мне необходимы специальные условия при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать условия)  Общежитие: нуждаюсь/не нуждаюсь | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| О себе дополнительно сообщаю: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о наличии индивидуальных достижений:**   |  |  | | --- | --- | | Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) |  | | Документ установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации |  | | 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 |  | | Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтверждённый в порядке, установленном трудовым законодательством РФ (если трудовая деятельность 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) |  | | Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образование, работа на указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках |  | | Дипломант Всероссийской студенческой олимпиады «Я-профессионал» |  | | Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства) |  | | Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению короновирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов |  | | Лица, проработавшие в НИИ НДХиТ на должностях среднего медицинского персонала не менее 1 года |  | | Лица, успешно прошедшие собеседование |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ознакомлен(а)**  - с лицензией на осуществление образовательной деятельности (с приложением) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| - со свидетельством о государственной аккредитации (с приложением) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| - с Правилами приема в НИИ НДХиТ, в т.ч. с правилами подачи апелляций | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| - со сроками завершения приема документа установленного образца | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| - с датой предоставления заявления о согласии на зачисление | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| **Подтверждаю согласие на обработку своих 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, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от  27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» В случае поступления в НИИ НДХиТ согласен с передачей вышеуказанных данных в информационные системы, базы НИИ НДХиТ с их последующей обработкой согласно действующему законодательству РФ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| **Подтверждаю** достоверность сведений в заявлении о себе | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| **Подтверждаю** отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (для поступающих по целевой квоте) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
| **Обязуюсь** представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документов установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись поступающего) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (Подпись ответственного лица) | |
| « |  | » |  | | | 2023 | | г. | | | | |  |  | | |  | | | | |