|  |
| --- |
|  **РЕКТОРУ** |
|  **Автономной некоммерческой организации высшего образования** |
|  **«Институт современных медицинских технологий»** |
|  **Васильеву Л.А.** |
|  гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения) |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **проживающего (ей)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (индекс)(почтовый адрес) |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (телефон) (мобильный телефон) (email) |
|  **окончившего(ей)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (год окончания) (наименование учебного заведения) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Имеется диплом с отличием** |
| (нужно подчеркнуть) |
|  **Документ об образовании**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (вид документа) (серия и номер) |
| **Документ, удостоверяющийличность:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан (когда и кем) \_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (гражданство) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

1. **Прошу Вас принять мои документы и допустить к участию в общем конкурсе с оплатой стоимости обучения по образовательным программам (указать приоритетность, где 1 –наивысший приоритет)**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  | **Образовательная программа** | **Очная форма** |
| ПО НАПРАВЛЕНИЯМ ПОДГОТВОВКИ ПО ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ |
| 1.1. |  3.31.08.57Онкология  |  |
| ПО НАПРАВЛЕНИЯМ ПОДГОТВОВКИ ПО ПРОГРАММАМ МАГИСТРАТУРЫ |
|  | 3.32.04.01 Общественное здравоохранение |  |
|  | 34.04.01 Управление сестринской деятельностью |  |
|  | 080200.68 Менеджмент, Медицинский маркетинг |  |

## Вступительные испытания и дополнительные сведения:

сведения о свидетельстве, об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста:

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

сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования, предусмотренном статьей 7 Федерального закона от 1 апреля 1996 г. № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (только для граждан РФ и лиц, указанных в пунктах 54 и 56 Правил приема Института):

Прошу допустить меня к участию в тестировании, которое проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из Единой базы оценочных средств, формируемой Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – вступительные испытания) **или зачесть в качестве вступительных испытаний**:

а) результатытестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления \_\_\_\_(да,нет);

б) результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной абзацем вторым пункта 4 Положения об аккредитации специалистов, пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления \_\_\_ (да, нет).

1. **Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений, предусмотренных правилами приема в институт (с приложением подтверждающих документов):**

а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования);\_\_\_(да,нет)

б) документ установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации; \_\_\_\_ (да, нет)

в) 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 одного года 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);\_\_\_\_(да, нет)

- от одного года до двух лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы); \_\_\_\_\_(да, нет)

- от двух лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы);\_\_\_\_\_(да, нет)

г) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работниковс высшим образованием в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках; \_\_\_\_(да, нет)

д) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я-профессионал»;\_\_\_\_\_(да,нет)

е) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества(волонтерства); \_\_\_\_(да, нет)

и) осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и(или) прохождениепрактической 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 составляетнеменее 30 календарных дней; \_(да, нет)

з) иные индивидуальные достижения (суммарно не более 5 баллов):

- Победитель конкурса «Лучший выпускник года», присвоенное губернатором Санкт-Петербурга (или другогогородаРФ); (да, нет)

- Статья (или выписка о принятии статьи) в российском медицинском журнале, рекомендованном ВАК РФ; (да, нет)

- Научная степень кандидата медицинских наук; \_\_\_\_(да, нет)

- Патент (свидетельство) на изобретение или на полезную модель, полученный в сфере «Медицинские науки», зарегистрированный в установленном порядке;\_\_\_\_\_(да, нет)

- Участие в олимпиадах, конгрессах, конференциях, конкурсах, проводимых АНО ВО «ИСМТ», либо другими образовательными организациями высшего образования, подтверждённое документально; \_\_\_\_\_\_\_(да, нет)

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Ознакомлен с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением)** | Подписьабитуриента  |
| **2. Ознакомлен с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или с информацией об отсутствии указанного свидетельства** | Подписьабитуриента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3.Ознакомлен с датой (датами) завершения приема документа установленного образца** | ПодписьАбитуриента\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4. Ознакомлен с правилами приема, утвержденными Институтом, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания** | Подписьабитуриента  |
| **5. Ознакомлен с согласием поступающего на обработку его персональных данных и согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном****Федеральнымзакономот27.07.2006г.№152-ФЗ «О персональных данных»** | Подписьабитуриента  |
| **6. Ознакомлен с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов** | Подписьабитуриента  |
| **7.С информацией о необходимости дачи согласия на зачисление ознакомлен(а):** | ПодписьАбитуриента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **О себе дополнительно сообщаю и подтверждаю, что:**
2. **В случае не зачисления меня для прохождения обучения в Институт прошу вернуть мне документы (нужное отметить):**

- спомощьюдистанционныхтехнологий

- лично, либодоверенномулицу

**За достоверность указанных сведений несу ответственность в соответствии с законодательством Российской** **Федерации.**

«\_\_ » \_\_\_\_\_202\_ г. Подпись абитуриента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Заявление принято в приёмную комиссию АНО ВО «ИСМТ»*

« » 202\_г. Подпись ответственного лица приёмной

 комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)