Рег. номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (присваивается приемной комиссией)

Директору ГАПОУ РБ «Уфимский медицинский колледж» Гилязову И.Р.

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования № \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(почтовый адрес с указанием почтового индекса)

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня, имеющего основное общее €, среднее общее € образование

*(отметить соответствующее образование*)

аттестат (диплом) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ОУ, дата выдачи)*

для обучения по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности(ям)

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

*(указать специальность(и))*

по очной , очно - заочной форме обучения

*(отметить выбранную форму получения образования)*

 на места, финансируемых за счет бюджета РБ ,

на места по договорам об оказании платных образовательных услуг

 *(отметить выбранную форму финансирование)*

В общежитии: нуждаюсь € не нуждаюсь €

*(отметить необходимое)*

Необходимы специальные условия при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченной возможностью здоровья: да € нет €

*(отметить необходимое)*

Среднее профессиональное образование получаю впервые €, не впервые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(отметить верное)* *(подпись поступающего)*

С Уставом, с копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам и приложения к ним, правилами внутреннего распорядка ГАПОУ РБ «Уфимский медицинский колледж», учебным планом, Положением о единых требованиях к одежде и внешнему виду студентов ГАПОУ РБ «Уфимский медицинский колледж», Правилами приема граждан на обучение по образовательным программам СПО в имеющее государственную аккредитацию автономное профессиональное образовательное учреждение РБ «Уфимский медицинский колледж» ознакомлен:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись поступающего)*

С датой представления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен: \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись поступающего)*

Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 26.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись поступающего* или родителя (законного представителя) несовершеннолетнего)*)*

Являюсь лицом, имеющем право преимущественного или первоочередного приема да € нет €

 *(отметить необходимое)*

Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись ответственного лица приемной комиссии) (инициалы, фамилия)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.