Директору частного профессионального образовательного учреждения

 «Михайловский медицинский техникум» Министерства образования СК

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Документ, удостоверяющий личность паспорт  |
| Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Серия \_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(полная дата рождения)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: дом.(с кодом города)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сот.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# З А Я В Л Е Н И Е

 Прошу принять меня на обучение по специальности на очную форму , очно-заочную форму

 Сестринское дело срок обучения 3 года 10 месяцев

 Фармация срок обучения 3 года 10 месяцев

 Сестринское дело срок обучения 3 года 5 месяцев

 Фармация срок обучения 3 года 4 месяца

 Сестринское дело 2 года10 месяцев

 Фармация 2 года10 месяцев

О себе сообщаю следующее:

Уровень образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(основное общее, среднее общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное, высшее профессиональное).*

Окончил(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в \_\_\_\_\_ году.

 *(наименование образовательного учреждения)*

Документ об образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование документа об образовании: аттестат, диплом)*

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата выдачи)*

Средний балл документа государственного образца об образовании составляет \_\_\_\_\_\_ балл/(а)

Среднее профессиональное образование получаю впервые , повторно

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С уставом техникума, лицензией на право ведения образовательной

деятельности, и приложениями к ним, правилами приема в техникум ознакомлен(а)

 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата предоставления оригинала документа государственного

образца об образовании до 15 августа Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку (сбор, систематизацию,

накопление, хранение, обновление, изменение), использование,

уничтожение образовательным учреждением вышеуказанных

персональных данных в целях зачисления в образовательное

учреждение в соответствии с требованиями Федерального

закона от 27.07.2006 №152 "О персональных данных". Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись секретаря приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(расшифровка подписи)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Согласно правилам приема к заявлению прилагаю следующие документы:

 ксерокопию документа, удостоверяющего личность, гражданство (паспорт)

 Оригинал, ксерокопию документа государственного образца об образовании (аттестат)

 4 фотографии (3х4 см)

 Медицинская справка

Подлинник документа об образовании (аттестат) представлен «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Подпись секретаря приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)