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)