Председателю Приемной комиссии

ФИЦ КНЦ СО РАН,

**А.А. Шпедту**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ В ОРДИНАТУРУ**

Прошу допустить меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество – при наличии)*

к участию в конкурсе для поступления в **ординатуру.**

Дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

*(кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. *(дата выдачи)*

**Сведения о документе установленного образца:**

наименование ВУЗа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер диплома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

присвоена квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

страна выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о прохождении аккредитации специалиста:**

**Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии** *(при наличии)* №\_\_\_ от \_\_\_.\_\_.\_\_\_\_ г.

**Выписка о наличии в ЕГИС данных, подтверждающих факт прохождения аккредитации специалистом** *(при наличии)*:уникальный номер реестровой записи №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Свидетельство об аккредитации специалиста** *(при наличии)*

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Удостоверение об окончании ординатуры/интернатуры** *(при наличии)*

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Сертификат специалиста** *(при наличии)*

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность  *(подчеркнуть)* | Условия поступления (отметить **√**) | | | Приоритетность зачисления (**1, 2, 3, 4**) | | |
| в рамках целевой квоты | в рамках контрольных цифр приема | по договору об оказании платных образовательных услуг | в рамках целевой квоты | в рамках контрольных цифр приема | по договору об оказании платных образовательных услуг |
| Акушерство и гинекология |  |  |  |  |  |  |
| Аллергология и иммунология |  |  |  |  |  |  |
| Анестезиология-реаниматология |  |  |  |  |  |  |
| Дерматовенерология |  |  |  |  |  |  |
| Кардиология |  |  |  |  |  |  |
| Колопроктология |  |  |  |  |  |  |
| Неврология |  |  |  |  |  |  |
| Оториноларингология |  |  |  |  |  |  |
| Педиатрия |  |  |  |  |  |  |
| Пластическая хирургия | х | х |  | х | х |  |
| Судебно-медицинская экспертиза | х | х |  | х | х |  |
| Стоматология общей практики |  |  |  |  |  |  |
| Стоматология ортопедическая |  |  |  |  |  |  |
| Терапия |  |  |  |  |  |  |
| Ультразвуковая диагностика | х | х |  | х | х |  |
| Хирургия |  |  |  |  |  |  |
| Эндоскопия |  |  |  |  |  |  |

Наличие индивидуальных достижений *(отметить):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Индивидуальные достижения | баллы | отметка о наличии 🗹 |
| а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) | 20 |  |
| б) документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации | 55 |  |
| в) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий | 20 |  |
| г) общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования): | | |
| - от 9 месяцев в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству) | 15 |  |
| - от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы) | 100 |  |
| - от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы) | 150 |  |
| д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа в указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках | 25 |  |
| е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я-профессионал» | 20 |  |
| ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства) | 20 |  |
| з) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов | 20 |  |
| и) осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической 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 новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней | 30 |  |
| к) иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в конкретную организацию: | не более 20 баллов | |
| - наличие у поступающего диплома об окончании интернатуры/ординатуры/аспирантуры | 5 |  |
| - участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья на базе клиники НИИ МПС (баллы не назначаются: если за данную деятельность были начислены согласно подпунктам «ж» или «з»; если деятельность велась с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества), подтвержденное документально | 20 |  |
| - наличие публикаций (статьи, индексируемые системой РИНЦ, тезисы научных студенческих конференций и т.д.), в независимости от количества публикаций | 5 |  |
| - освоение факультативной дисциплины в рамках ОПОП в соответствии с выбранной специальностью | 5 |  |
| - выступление с докладами на конференциях, именных конкурсах в области науки и медицины с занятием призовых мест (вне зависимости от количества дипломов) | 5 |  |

В общежитии *(подчеркнуть)* нуждаюсь не нуждаюсь

Почтовый адрес *(по желанию)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

E-mail *(по желанию)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сотовый телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Способ возврата оригинала документов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования):**

* с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
* с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением);
* с датой завершения приема документов установленного образца;
* с правилами приема в ординатуру на 2023-2024 учебный год;
* с правилами подачи письменного заявления в апелляционную комиссию по результатам проведения вступительных испытаний и другими локальными нормативными актами, регламентирующими вопросы приема на обучение по программам ординатуры;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

Ознакомлен(а) с информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

Подтверждаю, при поступлении на обучение в ординатуру на места в рамках контрольных цифр приема получение образования по данной специальности осуществляется впервые

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

Даю согласие на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

Даю обязательство предоставить оригинал документа установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца *(при непредставлении оригинала документа при подаче заявления)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

Прилагаю к настоящему заявлению следующие документы:

документ, удостоверяющий личность, гражданство;

документ установленного образца;

свидетельство об аккредитации специалиста (другие документы, подтверждающие факт прохождения аккредитации);

сертификат специалиста;

СНИЛС;

документы, подтверждающие индивидуальные достижения;

военный билет (при наличии);

четыре фотографии 3х4.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(дата заполнения заявления) (подпись) (расшифровка подписи)*