Директору

ФИЦ КНЦ СО РАН,

д.с.-х.н.Шпедту А.А.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

**Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии**

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

**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 |  |  |  |  |  |  |
| Стоматология общей практики |  |  |  |  |  |  |
| Стоматология ортопедическая | х | х |  | х | х |  |
| Терапия |  |  |  |  |  |  |
| Хирургия |  |  |  |  |  |  |
| Эндоскопия  |  |  |  |  |  |  |

Наличие индивидуальных достижений *(отметить):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Индивидуальные достижения | Начисляемые баллы | Отметка о наличии 🗹 |
| а) Стипендиат Президента Российской Федерации, стипендиат Правительства Российской Федерации (*в случае назначения* стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) | 20 |  |
| б) Документ установленного образца с отличием. | 55 |  |
| в) Наличие не менее одной статьи в научном журнале, индексируемом в базе данных Scopus или Web of Science, автором которой является поступающий, либо указан первым автором или указан наряду с первым автором как внесший равный вклад в опубликованную статью. | 20 |  |
| г) Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность 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). | 15 |  |
| - от одного года до двух лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы). | 100 |  |
| - от двух лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы). | 150  |  |
| д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием 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) Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры: | не более 5 баллов суммарно |  |
| - наличие у поступающего диплома об окончании интернатуры/ординатуры/аспирантуры | 5 |  |
| - участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья на базе клиники НИИ МПС, подтвержденное документально | 5 |  |
| - наличие публикаций (статьи, индексируемые системой РИНЦ, тезисы научных студенческих конференций и т.д.), в независимости от количества публикаций | 3  |  |
| - участие в работе субординатуры, подтвержденное документально | 1  |  |
| - выступление с докладами на конференциях с занятием призовых мест (в независимости от количества дипломов)  | 1 |  |

В общежитии *(подчеркнуть)* нуждаюсь не нуждаюсь

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

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

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

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

Способ возврата 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 2021-2022 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 непредоставлении оригинала документа при подаче заявления)*

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

Прилагаю к настоящему заявлению следующие документы:

документ, удостоверяющий личность, гражданство;

документ установленного образца;

свидетельство об аккредитации специалиста;

выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии;

сертификат специалиста;

СНИЛС;

документы, подтверждающие индивидуальные достижения;

военный билет (при наличии);

четыре фотографии 4х6.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

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

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