Врио директора

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, 5, 6) |
| 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 |  |  |  |  |  |  |
| Дерматовенерология |  |  |  |  |  |  |
| Кардиология |  |  |  |  |  |  |
| Оториноларингология |  |  |  |  |  |  |
| Педиатрия |  |  |  |  |  |  |
| Терапия |  |  |  |  |  |  |
| Хирургия |  |  |  |  |  |  |
| Эндоскопия  |  |  |  |  |  |  |

Наличие индивидуальных достижений *(отметить):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название документа** | **баллы** | **🗹** |
| а) Стипендиат Президента Российской Федерации, стипендиат Правительства Российской Федерации (*в случае назначения* стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) | 20 б |  |
| б) Документ установленного образца с отличием. | 55 б |  |
| 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 б |  |
| 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 б |  |
| - от одного года до двух лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) | 100 б |  |
| - от двух лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) | 150 б |  |
| 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 б |  |
| е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я-профессионал» | 20 б |  |
| 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 б |  |
| з)1.1. участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов | 20 б |  |
| з)1.2. осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на 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 коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней.**ПРИМЕЧАНИЕ: если поступающий имеет индивидуальные достижения по подпунктам з)1.1. и з)1.2 баллы начисляются только по подпункту з)1.2.** | 30 б |  |
| и) Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры: | не более 5б суммарно |  |
| - наличие у поступающего диплома об окончании интернатуры/ординатуры/аспирантуры | 5 б |  |
| - участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья на базе клиники НИИ МПС, подтвержденное документально | 5 б |  |
| - наличие публикаций (статьи, индексируемые системой РИНЦ, тезисы научных студенческих конференций и т.д.), в независимости от количества публикаций | 3 б |  |
| - участие в работе субординатуры, подтвержденное документально | 1 б |  |
| - выступление с докладами на конференциях с занятием призовых мест (вне зависимости от количества дипломов)  | 1 б |  |

В общежитии *(отметить)* нуждаюсь не нуждаюсь

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

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

E-mail *(обязательно, разборчиво)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вступительное испытание в ординатуру буду проходить в **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(название организации)*

**Ознакомлен(а) (через информационные системы общего пользования):**

* с лицензией на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
* со свидетельством о государственной аккредитации (с приложением);
* с датой завершения приема заявления о согласии на зачисление;
* с правилами приема в ординатуру на 2020-2021 учебный год;
* с правилами подачи 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **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 в течении первого года обучения

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

Прилагаю к настоящему заявлению цветные сканы следующие документы:

документ, удостоверяющий личность, гражданство;

документ установленного образца;

свидетельство об аккредитации специалиста (при наличии);

выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии (при наличии);

сертификат специалиста (при наличии);

СНИЛС;

документы, подтверждающие индивидуальные достижения (при наличии);

военный билет (при наличии).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

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

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