|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №\_\_\_\_Средний балл \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ЗачислитьПо специальности 34.02.01 Сестринское делоДиректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Ю.Кошель Приказ №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГАОУ СПО РК «Керченский медицинский колледж им. Г.К.Петровой» Кошелю И.Ю.Абитуриента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество)проживающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать индекс, точный адрес постоянной регистрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу принять мои документы для поступления на очную форму обучения по **специальности 34.02.01 Сестринское дело**, срок освоения образовательной программы 2 года 10 месяцев

**Форма обучения (подчеркнуть):**

- за счет бюджетных ассигнований Республики Крым;

- на места по договорам об оказании платных образовательных услуг.

**О себе сообщаю следующее:**

Число, месяц, год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иностранный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование основное общее,

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

(указать наименование учебного заведения, год окончания)

**Среднее профессиональное образование получаю (подчеркнуть)**

- впервые; - не впервые, закончил (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Социальный статус**: сирота, под опекой, инвалид, прочие льготы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть)

**Общежитие:** требуется, не требуется (нужное подчеркнуть)

Сведения о родителях:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ФИО | Контактный телефон |
| Мама |  |  |
| Папа |  |  |

С лицензией на право образовательной деятельности в сфере профессионального образования Министерства образования, науки и молодежи Республики Крым от 25.02.2016 г. № 0083 и сертификата об аккредитации специальностей Министерства образования, науки и молодежи Республики Крым от 22.05.2017 г. серия 82А01 № 0000219, с Правилами приема, Уставом и Правилами внутреннего распорядка ГАОУ СПО РК «Керченский медицинский колледж им. Г.К.Петровой» ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись абитуриента)

За достоверность указанных сведений и подлинность предоставленных документов я несу ответственность в соответствии с законодательством РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Согласие на обработку своих персональных данных в порядке, установленном ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

С датой предоставления оригинала документа об образовании ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись).

**В приемную комиссию предоставлены документы:**

1. Оригинал \_\_\_\_, ксерокопия \_\_\_\_\_ документов, удостоверяющего личность, гражданство;
2. Оригинал \_\_\_\_\_, ксерокопия\_\_\_\_документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации;
3. 6 фотографий
4. Оригинал \_\_\_\_, ксерокопия \_\_\_\_ документов о прохождении предварительного медицинского осмотра (обследования);
5. согласие на обработку персональных данных поступающего/законного представителя.

**Согласно Правилам приёма, к заявлению представлены следующие дополнительные документы:**

1. Копия договора о целевом обучении от организации (при наличии)
2. Копии документов, подтверждающих результаты индивидуальных достижений (ПРИ НАЛИЧИИ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Документ, подтверждающий инвалидность или ограниченные возможности здоровья, требующие создания специальных условий для проведения вступительных испытаний

(при наличии) 4.Документ, подтверждающий отнесение к лицам, которым предоставлено право преимущественного или первоочередного приема в соответствии с частью 4 статьи 68 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации"

 Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Документы приняты:**

Ответственный секретарь ПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ 2024 г.