Бланк заявления

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_  Допуск к экзамену  Протокол № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  Секретарь ПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Решение приёмной комиссии**  Зачислить на \_\_ курс по специальности  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Приказ №\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  Директор ГБПОУ РО «КШМК»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Директору Государственного бюджетного профессионального

образовательного учреждения Ростовской области

«Каменск-Шахтинский медицинский колледж»

Калимулиной С.В.

# от

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия: | Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Уровень образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ об образовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Имя: |
| Отчество: |
| Дата рождения: |
| Место рождения:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон(ы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Заявление

Прошу принять меня в Каменск-Шахтинский медицинский колледж для обучения по очной форме по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Срок обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на места, финансируемые из областного бюджета .

на места с полным возмещением затрат .

Состав семьи (Ф.И.О., место работы, должность, телефон - домашний, рабочий):

Мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**О себе сообщаю следующее:**

**Образование:**

Окончил(а): в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение, ПТУ, ССУЗ, ВУЗ ;

Получил(а):

Основное общее образование (9 кл.) ;

Среднее общее образование (11 кл.) ;

Общеобразовательное учреждение начального профессионального образования ;

Образовательное учреждение среднего профессионального образования ;

Образовательное учреждение высшего профессионального образования .

Аттестат / диплом серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Трудовой стаж (если есть) \_\_\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_\_\_ месяцев

Иностранный язык: английский , немецкий , французский , другой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Среднее профессиональное образование получаю впервые: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  да (нет) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата и подпись* |
| Необходимость создания для поступающего специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья нуждаюсь , не нуждаюсь  С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, приложением к ним, правилами приема, уставом и условиями обучения в ГБПОУ РО «К-ШМК», ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата и подпись* |
| С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен(а) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата и подпись* |
| На обработку своих персональных данных в порядке установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата и подпись* |
| С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, приложением к ним, правилами приема, уставом и условиями обучения в ГБПОУ РО «К-ШМК», правилами подачи апелляций ознакомлен(а) (подпись родителей или законных представителей несовершеннолетнего поступающего (до 18 лет))  Согласен на обработку персональных данных несовершеннолетнего | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата и подпись* |

(подпись родителей или законных представителей несовершеннолетнего

поступающего (до 18 лет)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата и подпись*

О себе дополнительно сообщаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г**. Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии  «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *дата и подпись* |