Бланк заявления

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_Допуск к экзаменуПротокол № \_\_\_ 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)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 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. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись* |