

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
В.В.Шкарину

Фамилия	Гражданство
Имя	Документ, удостоверяющий личность
Отчество	
Дата рождения	Серия №
Место рождения	Когда и кем выдан:

Зарегистрирован по месту жительства: _____

Номер мобильного телефона: +7 (_____) _____; e-mail _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления на обучение по программам
О Р Д И Н А Т У Р Ы

Наименование направления подготовки (специальности)	Условия поступления		Подпись абитуриента
	Целевой набор		
	Общий конкурс		
	Компенсационная основа		
	Целевой набор		
	Общий конкурс		
	Компенсационная основа		

Прошу засчитать в качестве результатов вступительного испытания (тестирования):

Тестирование, проводимое в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста/приемной кампании в 2025 г. ☐

Тестирование, проводилось по специальности _____
(наименование специальности)

В _____
(наименование образовательной организации)

Тестирование, проводимое образовательной организацией в рамках приемной кампании 2025 г. ☐

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в _____
(год) (наименование образовательной организации)

Диплом: _____
(серия) (номер) (дата выдачи) (квалификация / специальность)

Средний балл успеваемости за время обучения (рассчитывается как средний балл оценок приложения к документу установленного образца, округленный до тысячных):

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста: _____
(специальность)

(год, место прохождения аккредитации)

Документ: _____
(серия) (номер) (дата выдачи) (кем выдан)

Сведения о сертификате специалиста (при наличии): _____
(наименование специальности)

Документ: _____
(серия) (номер) (дата выдачи) (кем выдан)

Сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования: _____
(номер СНИЛС)

Сведения об индивидуальных достижениях (отметить нужное):

☐	Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации	
☐	Документ установленного образца с отличием	
☐	Опубликованная научная статья (Web of Science, Scopus)	
☐	Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал в области медицины и здравоохранения"	
☐	Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)	
☐	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	
☐	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	
☐	Поступление на обучение в рамках целевой квоты по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, предусматривающему освоение образовательной программы высшего образования следующего уровня, после завершения освоения основной образовательной программы высшего образования в соответствии с договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, ранее заключенным между поступающим и тем же федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем	
Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет :		
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки)		лет месяцев
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы)		лет месяцев
в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа		лет месяцев

Сведения об иных индивидуальных достижениях, перечень и порядок учета которых установлен Правилами приема в ВолгГМУ в 2025 году:

1. Средний балл успеваемости за время обучения

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

С Лицензией на право осуществления образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема, Положением об апелляционной комиссии, Документами, регламентирующими проведение вступительного испытания, с датами завершения представления оригинала документа об образовании на каждом этапе и на каждой стадии зачисления на места в рамках контрольных цифр, на места по договорам об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а).

С расписанием вступительного испытания, проводимого ВолгГМУ, ознакомлен(а).

На обработку своих персональных данных согласен(на).

Подачу заявления на участие в конкурсе не более чем в три образовательные организации, включая ВолгГМУ, подтверждаю; подачу заявлений в ВолгГМУ не более чем на 2 направления подготовки (специальности) подтверждаю.

Отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки) при поступлении на места в рамках контрольных цифр приема подтверждаю.

Обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца.

О возможных последствиях в период обучения в ВолгГМУ и последующей профессиональной деятельности при наличии медицинских противопоказаний информирован(а).

С информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления ознакомлен(а).

Настоящим подтверждаю достоверность представленных в настоящем заявлении сведений, а также подтверждаю факт ознакомления с указанными в настоящем заявлении положениями и локальными актами Университета. Все требования законодательства РФ, в том числе мои права и обязанности, связанные с поступлением в Университет мне разъяснены и понятны.

«_____» _____ 2025 г.

Поступающий:

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись поступающего: