

Директору ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ,
академику РАН, профессору
И.Е. Хатькову
от _____

(Ф.И.О. поступающего)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления на обучение по программе ординатуры по очной форме обучения на раздельно по программам ординатуры в зависимости от специальности и условий поступления:

1. _____ (приоритетная),
2. _____

Основа обучения по целевому направлению по договору с оплатой стоимости обучения

О себе сообщаю следующее:

Дата рождения (число, месяц, год): «___» _____ г., гражданство: _____,
документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____ дата выдачи _____;
выдан _____

код подразделения: _____;
зарегистрирован(а) по адресу: _____

Телефон (с кодом города): _____; мобильный: _____;
e-mail: _____

(подпись) (Фамилия И.О.)

1. Сведения о документе установленного образца (диплом)

Окончил(а) в _____ году высшее учебное заведение:

(полное наименование образовательного учреждения)
по специальности _____, присвоена квалификация _____,
диплом серия _____ № _____, дата выдачи _____.

2. Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования)

3. Сведения о сертификате специалиста (при наличии) _____

4. Сведения о месте и дате сдачи вступительного теста (при наличии)

- Прохожу вступительное испытание в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ
- Прохожу вступительное испытание в _____
- Прошу учесть результат тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления:

специальность: _____

организация, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование):

5. Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений:

Наименование индивидуального достижения	Наличие (да/нет), заполняется поступающим	Баллы (заполняется представителем Приемной комиссии)
Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)		
Документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации		
Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которых является поступающий		
Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном в порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):		
- от 9 месяцев в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству)		
- от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)		
- от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)		
Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием, работа в указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках		
Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»		
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 новой коронавирусной инфекции, при продолжительности не менее 150 часов		

Осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонал и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (по программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней		
Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ:		
Рекомендации образовательных организаций высшего образования, научных и (или) медицинских организаций		
Соавторство поступающего в патенте на изобретение		
Наличие ученой степени		
Правительственные и ведомственные награды в области здравоохранения и науки (почетные и наградные грамоты, медали, дипломы, письма, благодарности)		
Освоение поступающим программ дополнительного профессионального образования (циклы повышения квалификации врачей, документально подтвержденные документами установленного образца)		(общее кол-во часов)
Участие поступающего в образовательных и научно-практических конференциях и семинарах, аккредитованных комиссией по развитию системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования		
Соавторство поступающего в монографии, учебном пособии, практических рекомендациях не предусмотренных в пункте 3 настоящих критериев		
Соавторство поступающего в научных публикациях, размещенных в научно-медицинских журналах не предусмотренных в пункте 3 настоящих критериев		
Наличие у поступающего призовых мест в студенческих олимпиадах		
Наличие иного высшего образования или средне-специального медицинского образования, подтвержденного документами установленного образца		
Участие поступающего в образовательных и научно-практических мероприятиях, организованных ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ или партнерами ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ		
Сумма баллов за индивидуальные достижения:		

6. Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью

7. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

Номер СНИЛС _____.

Подтверждаю, что номер указанного СНИЛС совпадает с номером СНИЛС, зарегистрированным в Единой базе оценочных средств, формируемой Министерством здравоохранения Российской Федерации.

_____ ,
(подпись)

_____ (Фамилия И.О.)

8. Ознакомлен(а) со следующими документами:

Наименование документа	Подпись
Лицензией на право осуществления образовательной деятельности и приложения к ней	
Свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности и приложения к нему	
Уставом ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, правилами внутреннего распорядка, в том числе санитарно-эпидемиологические правила допуска обучающегося в клинические отделения мне понятны, обязуюсь выполнять	
Образовательной программой и другими документами, регламентирующие организацию и осуществление образовательной деятельности по программам ординатуры, права и обязанности обучающегося, информацией о проводимом конкурсе и об итогах его проведения,	

в том числе на официальном сайте организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	
Условиями проведения вступительного испытания; правилами подачи заявления в апелляционную комиссию и другими локальными нормативными актами ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, регламентирующими вопросы организации приема на обучение по программам ординатуры	
Достоверность сведений, указанных в заявлении подтверждаю. Против возврата документов и выбытия из конкурса, в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности, возражений не имею	
Подлинность документов на бумажном носителе, преобразованных в электронную форму путем сканирования или фотографирования, подаваемых для поступления подтверждаю	
С порядком приема оригинала документа установленного образца (согласия на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг) ознакомлен(а)	
Своей волей и в своем интересе выражаю согласие на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), блокирование, уничтожение), указанных в данном заявлении, а также на получение моих персональных данных у третьей стороны, (от третьих лиц путем направления запросов в органы государственной власти, органы местного самоуправления, путем получения данных из других общедоступных информационных ресурсов, из архивов, из информационных ресурсов государственных учреждений и ведомств) и/или сообщение моих персональных данных третьей стороне, в том числе в Государственное унитарное предприятие города Москвы «Московский социальный регистр» и Банку – для оформления расчетного приложения и открытия безналичного счета на Социальной карте, при условии, что ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ» заранее сообщит Субъекту наименование и адрес данного банка (Ф.И.О., даты и места рождения, гражданства, места регистрации и места жительства, паспортных данных, сведений об образовании, идентификационного номера налогоплательщика, номера страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, сведений о воинском учете, данных о допуске к сведениям, составляющим государственную тайну, сведений о наградах, сведения о текущей трудовой деятельности (должность, график и адрес места работы), контактный телефон, e-mail, адрес регистрации; адрес фактического проживания.) и в целях, участия в конкурсе и вступительных испытаниях в ординатуру, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, обеспечения моей личной безопасности, для формирования общедоступных источников персональных данных (справочников, адресных книг, информации в СМИ и на сайте института и т.д.), а также архивного хранения в течение срока, предусмотренного действующим законодательством с последующим уничтожением. Я согласен с тем, что мои, указанные в данном заявлении, персональные данные будут обрабатываться перечисленными выше иными операторами в моем интересе методом смешанной (в том числе автоматизированной с помощью средств вычислительной техники и на бумажных носителях) обработки, систематизироваться, храниться, распространяться и передаваться с использованием сети общего пользования Интернет третьим лицам, в том числе с использованием трансграничной передачи данных на территории иностранных государств, не обеспечивающих адекватной защиты прав субъектов персональных данных. Подтверждаю, что с нормами Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в том числе с порядком отзыва согласия на обработку персональных данных, я ознакомлен(а). Настоящее согласие действует бессрочно, но может быть отозвано по моему письменному заявлению	

Дата заполнения заявления « ____ » _____ 20 ____ г.

_____ (подпись)