

Гр.

(фамилия, имя, отчество при наличии полностью)

Адрес постоянной регистрации (паспортные данные):

контактный телефон(ы), e-mail:

фактически проживающего по адресу:

окончившего (ей)

(указать наименование учебного заведения и год его окончания)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на специальность(и) и формы обучения
(Разрешается выбор до трех специальностей и двух форм обучения. Избранный раздел заверить только подписью):

31.05.01 «Лечебное дело»	31.05.02 «Педиатрия»	31.05.03 «Стоматология»	32.05.01 «Медико-профилактическое дело»	33.05.01 «Фармация»
Бюджетная форма обучения				
подпись	подпись	подпись	подпись	подпись
Платная форма обучения				
подпись	подпись	подпись	подпись	подпись

Из вышеперечисленного при зачислении **первым приоритетом** прошу считать
следующий факультет и форму обучения, на который представляется оригинал документа об образовании:
(отметить крестиком в квадрате **ОДНУ** специальность, **ОДНУ** форму обучения, заверить подписью,
зачисление будет осуществляться только по **первому приоритету**) *:

Специальность	Форма обучения	Подпись
☐ 31.05.01 – «Лечебное дело»	☐ Бюджетная	
☐ 31.05.02 – «Педиатрия»		
☐ 31.05.03 – «Стоматология»		
☐ 32.05.01 – «Медико-профилактическое дело»		
☐ 33.05.01 – «Фармация»	☐ Платная	

* **Примечание:** для абитуриентов, поступающих по целевому набору, в том числе на платные места в рамках программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения», подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», приоритетом является факультет и форма обучения, указанные в договоре.

Условия поступления:

Общий конкурс ☐	Без вступительных испытаний (финальный тур Всероссийской (Всеукраинской) олимпиады школьников) ☐ на специальность _____	В рамках квоты (особые права для инвалидов, сирот, без попечения родителей) ☐ на специальность _____
Победитель (призер) олимпиады 1-2 уровня ☐ Предмет: _____		Номер диплома: № _____
Целевой прием	☐ бюджет	☐ платная форма обучения по краевой программе «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»
Специальность:		
Регион ЦН:		
Организация, направившая по ЦН:		
Для жителей Республики Крым и города Севастополь - участвую в конкурсе на выделенные места:		
Бюджет		Платная форма обучения
☐ «Лечебное дело»	☐ «Педиатрия»	

№ личного дела на факультете (служебная отметка, заполняется работником приемной комиссии)

О себе сообщаю следующие сведения:

Паспорт: № _____, выдан « ____ » _____ г.,		кем выдан: _____	
Дата и место рождения: _____		_____	
Национальность _____		Гражданство _____	
Аттестат ☐ Диплом ☐	с отличием ☐	Серия _____ № _____	Имею трудовой стаж ☐ : _____ лет, _____ мес., медицинский стаж: _____ лет, _____ мес.
Иностранный язык (и): _____		Нуждаюсь в общежитии ☐	
Инвалидность ☐	Группа инвалидности _____	Справка МСЭ: Серия _____ № _____, выдавшая организация: _____	Карта ИПР: Серия _____ № _____, выдавшая организация: _____
Нуждаюсь в специальных условиях при проведении вступительных испытаний: _____			
Прошел государственную итоговую аттестацию по образовательным программам среднего общего образования не в форме ЕГЭ (в том числе в иностранных образовательных организациях) в течение 1 года до дня завершения приема документов и вступительных испытаний включительно ☐			
Индивидуальные достижения: имею статус чемпиона и призера Олимпийских игр, Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр, чемпиона мира, чемпиона Европы, победителя первенства мира, первенства Европы по видам спорта, включенным в программы Олимпийских игр, Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр ☐			
Возврат оригиналов поданных документов: лично ☐		или _____ Почта России ☐ (только для оригиналов документов)	

Сведения о родителях (Ф.И.О., место жительства, где и кем работают, телефон):

Отец

телефон:

Мать

телефон:

С лицензией на право ведения образовательной деятельности и свидетельством об аккредитации КубГМУ; информацией о предоставляемых особых правах и преимуществах; Правилами приема в КубГМУ; правилами подачи апелляции, с информацией о необходимости предоставления достоверных сведений, указываемых в заявлении о приеме, и подлинных документов, подаваемых для поступления, сроками и условиями возврата документов ознакомлен(а)	(подпись)
Подтверждаю, что в 2015 году подаю документы не более чем в 5 вузов	(подпись)
Имею диплом бакалавра /специалиста /магистра: Да ☐ Нет ☐	(подпись)
Подтверждаю, что использую указанное мною особое право (<i>при наличии</i>) только при поступлении в КубГМУ и только на одну специальность	(подпись)
Даю согласие на обработку моих персональных данных	(подпись)
С датами предоставления подлинников необходимых документов и датами зачисления ознакомлен(а)	(подпись)

Подтверждаю свои результаты ЕГЭ			
Химия	Биология	Русский язык	
(указать баллы ЕГЭ)	(указать баллы ЕГЭ)	(указать баллы ЕГЭ)	
(указать год сдачи ЕГЭ)	(указать год сдачи ЕГЭ)	(указать год сдачи ЕГЭ)	
(номер свидетельства ЕГЭ)	(номер свидетельства ЕГЭ)	(номер свидетельства ЕГЭ)	

В качестве результатов вступительных испытаний прошу рассматривать*:			
Химия	Биология	Русский язык	
☐ - результаты ЕГЭ	☐ - результаты ЕГЭ	☐ - результаты ЕГЭ	
☐ - экзамен в КубГМУ	☐ - экзамен в КубГМУ	☐ - экзамен в КубГМУ	

* **Примечание:** экзамен в КубГМУ - для абитуриентов, имеющих право поступать по вступительным испытаниям, проводимым КубГМУ в форме компьютерного тестирования (п. 3.2 Правил приема, язык испытаний - русский)

«___» _____ 20__ г.

Подпись абитуриента _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

Документы проверил и принял технический секретарь: _____ / _____ /
(подпись) (фамилия, инициалы)

ВНИМАНИЕ: Заявление заполняется синей ручкой лично абитуриентом или законным представителем. Заявление, содержащее ложные сведения, написанное некорректно, заполненное не полностью, с исправлениями, либо без необходимых подписей к рассмотрению не принимается, абитуриент к конкурсу не допускается.