|  |
| --- |
| Директору  ФГБНУ «ИНЦХТ»,  д.м.н., профессору  Сороковикову В.А. |
| от |

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Проживающего(ей) по адресу: страна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ почтовый индекс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| |  | | --- | | Электронный адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Телефон домашний:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Телефон мобильный:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на места, **финансируемые из федерального бюджета** и на места **по договору об оказании платных образовательных услуг**, по основным профессиональным образовательным программам **ординатуры** по следующей(им) специальности(ям): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование специальности** | **Условия обучения** | | |
| Места, финансируемые из федерального бюджета | | Места по договору об оказании платных образовательных услуг |
| Целевая квота | Общий конкурс | Общий конкурс |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям проводимых в текущем году в ИНЦХТ

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания - результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста проводимого в текущем году на базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания - результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры первичной аккредитации специалиста за 20\_\_\_ год, проводимого на базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания - результаты тестирования, проводимого без процедуры первичной аккредитации специалиста проводимого в текущем году на базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 

Прошу засчитать в качестве результата вступительного испытания - результаты тестирования, проводимого без процедуры первичной аккредитации специалиста за 20\_\_\_ год, проводимого на базе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Перечень документов, прилагаемых к заявлению:

- копия документа удостоверяющего личность  
- копия СНИЛС;  
- копия документа о высшем медицинском и (или) фармацевтическом образовании по программам

специалитета и приложения к нему;  
- 4 фотографии формата 3х4;  
- сертификат специалиста (при наличии);   
- документы, подтверждающие индивидуальные достижения поступающего (при наличии);  
Дополнительно предоставил: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **О себе сообщаю следующее:** |
| **Поступил(а)** в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году в образовательное учреждение высшего образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по очной//заочной форме обучения (подчеркнуть) на бюджетной //коммерческой основе //по целевому приему (подчеркнуть) по направлению органа (организации) управления здравоохранением (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Окончил(а)** в\_\_\_\_\_\_\_ году специалитет  https://mir.ismu.baikal.ru/ismu/images/ico_check_off.gif магистратуру https://mir.ismu.baikal.ru/ismu/images/ico_check_off.gif в образовательном учреждении высшего образования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полное название учреждения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по очной//заочной форме обучения (подчеркнуть) на бюджетной //коммерческой основе //по целевому приему (подчеркнуть) по направлению органа (организации) управления здравоохранением (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диплом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  с присвоением квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  решением ГЭК от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
| Ординатура по специальности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ окончил(а) в \_\_\_\_ году |  |  |  |  |
| Интернатура по специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_окончил(а) в \_\_\_\_\_году |  |  |  |  |
| Профессиональная переподготовка по специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ году |  |  |  |  |
| Сведения о имеющихся сертификатах специалиста: |  |  |  |  |

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер сертификата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер сертификата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер сертификата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) | 20 баллов | Да/Нет |
| б) документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации | 55 баллов | Да/Нет |
| в) 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 который является поступающий | 20 баллов | Да/Нет |
| г) общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанный с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном порядке (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) ***(заверенная в отделе кадров копия трудовой книжки, справка с места работы)***: |  | Да/Нет |
| - от 9 месяцев на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников ***со средним профессиональным образованием*** (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству) | 15 баллов | Да/Нет |
| - от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников ***с высшим образованием*** (1,0 ставка по основному месту работы) | 100 баллов | Да/Нет |
| - от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников ***с высшим образованием*** (1,0 ставка по основному месту работы) | 150 баллов | Да/Нет |
| д)  дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на 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 ***(заверенная в отделе кадров копия трудовой книжки, справка с места работы, документ о том, что данная территория относится к сельской местности)*** | 25 баллов | Да/Нет |
| е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал" | 20 баллов | Да/Нет |
| ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства) | 20 баллов | Да/Нет |
| з) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой короновирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов | 20 баллов | Да/Нет |
| и) осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанная деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению короновирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней | 30 баллов | Да/Нет |
| к) иные индивидуальные достижения  - опубликованные научные статьи в журналах или сборниках  - выступление с устным докладом на конференциях различного уровня  - индивидуальный диплом различной степени в профессиональной студенческой олимпиаде по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия» | 20 баллов  10 баллов  7 балла  3 балла | Да/Нет |

Сведения о подтверждении инвалидности и необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (по заявлению): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ознакомлен(а) со следующей информацией:

|  |  |
| --- | --- |
| Обучение по программам ординатуры получаю впервые https://mir.ismu.baikal.ru/ismu/images/ico_check_off.gif, не впервые https://mir.ismu.baikal.ru/ismu/images/ico_check_off.gif | Подпись поступающего |
| Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или интернатуры по специальности(ям) указанной(ыми) в настоящем заявлении | Подпись поступающего |
| С копией лицензии на право ведения образовательной деятельности и приложением ознакомлен(а) | Подпись поступающего |
| С копией свидетельства о государственной аккредитации и приложением ознакомлена | Подпись поступающего |
| С датой завершения приема документа установленного образца ознакомлен(а): до **17.00 7 августа 2023 г. на места в рамках КЦП** | Подпись поступающего |
| С правилами приёма и условиями обучения в ИНЦХТ ознакомлен(а) | Подпись поступающего |
| С правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний ознакомлен(а) | Подпись поступающего |
| Подтверждаю наличие индивидуальных достижений и подтверждаю их соответствующими документами | Подпись поступающего |
| Об ответственности за достоверность информации в заявлении о приеме сведений и предоставления подлинных документов предупрежден(а) | Подпись поступающего |
| Даю своё согласие считать мои персональные данные в части Ф.И.О., даты рождения, результатах вступительных испытаний по иностранному языку и профильной дисциплине, наличие индивидуальных достижений; сведения о конкурсе, договора о целевом обучении в пределах квоты, Заказчика этого Договора общедоступными для публикации на сайте и информационных стендах ИНЦХТ: | Подпись поступающего |
| С датой завершения представления поступающими заявления о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг при отсутствии оригинала документа установленного образца об образовании ознакомлен(а) **до 17.00 7 августа 2023 г.** | Подпись поступающего |
| Предупрежден (а) о возможности подачи заявления о приеме не более чем в 3 образовательные организации. В каждой указанной организации вправе участвовать в конкурсе по 2 специальностям. | Подпись поступающего |
| Подтверждаю отсутствие неисполненных обязательств по договорам о целевом обучении | Подпись поступающего |
| Способ возврата представленных оригиналов документов (нужное подчеркнуть):   1. Лично 2. Доверенному лицу: ФИО (при наличии доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Через операторов почтовой связи.   Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись поступающего |
| Дата заполнения заявления:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Подпись ответственного лица приемной комиссии** |