**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

к Правилам приема граждан в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России на обучение по программам ординатуры в 2021 году

**Форма заявления о приёме на обучение по программам подготовки**

**кадров высшей квалификации в ординатуре**

Директору ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

И.А. Васильевой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(инициалы, фамилия)*

документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование документа)*

серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по

адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес регистрации указывается с почтовым индексом)*

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: |  | Гражданство: |  |

прошу допустить меня к вступительным испытаниям и к участию в конкурсе для поступления в ординатуру по специальности (ям): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование специальности)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма обучения** |  | **очная** |  | **заочная** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основа обучения** | | |  | **в рамках контрольных цифр приема** | | |  | **по договору об оказании**  **платных образовательных услуг** | | | |  |
|  | | |  |  | | |  |  | | |  | | | |
| **Условия поступления на обучение** | | |  | **раздельно по программам ординатуры в зависимости от специальности** | | |  | **раздельно в рамках**  **контрольных цифр**  **и по договорам об**  **оказании платных**  **образовательных услуг** | | |  | **раздельно**  **на места в пределах целевой квоты и на места в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты** | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_ году образовательное учреждение высшего профессионального образования | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| *(полное наименование учебного заведения)* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Документ о высшем профессиональной образовании: Диплом серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| выдан в \_\_\_\_\_\_\_\_ году по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| *(код и полное наименование специальности)* | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| оригинал | | |  | копия | | |  |

|  |
| --- |
| Свидетельство об аккредитации специалиста: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  когда выдано: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_г.  Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста: от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сертификат специалиста: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Специальность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда выдан: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. |

**Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:**

* **стипендии Президента Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| имею | |  | не имею |  |
| * **стипендии Правительства Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования): | | | | | |
| имею | |  | не имею |  |
| * **документ установленного образца с отличием**: | | | | |
| имею | |  | не имею |  |

* **статьи в профильном научном журнале,** индексируемом в базе Scopus или базе данных Web of Science, автором которой является поступающий, либо в которой поступающий указан первым в коллективе соавторов или указан наряду с первым соавтором как внесший вклад в опубликованную статью:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| имею |  | не имею |  |

* **общий стаж работы в должностях медицинских работников, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18.03.2013, рег. №27723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.08.2014 №420н** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.08.2014, рег. №33591), **подтвержденный в порядке, установленном** [**трудовым законодательством**](http://ivo.garant.ru/#/document/12125268/entry/5) **Российской Федерации** (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования)**:**

**● от 9 месяцев на должностях медицинских работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

**● от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских** и(или) фармацевтических **работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

**● от полутора лет и более на должностях медицинских работников** и(или) фармацевтических **с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

* **общий стаж работы** на должностях медицинских и(или) фармацевтических работников **с высшим образованием,** работа на указанных должностях **не менее 9 месяцев** в медицинских и(или) фармацевтических организациях, расположенных **в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

* **диплом Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| имею |  | не имею |  |
| * **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, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства): | | | | |
| да |  | нет |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **осуществление трудовой деятельности** на должностях медицинских работников с высшим или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) **прохождение практической подготовки по образовательным программам медицинского образования**, 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: | | | | | |
| да |  | нет |  |
| * **исключительное право на достигнутый научный результат (патент)**: | | | | |
| имею |  | не имею |  |

**О себе дополнительно сообщаю:**

|  |
| --- |
| **Наличие опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе:** |
|  |
|  |

**Способ возврата поданных документов** в случае не поступления на обучение:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **лично или доверенному лицу** | |
|  |  | **путем направления документов через операторов почтовой связи общего пользования** | | |
|  | | | **Общежитие:** нуждаюсь / не нуждаюсь | | |

**Образование по программам подготовки в ординатуре получаю:**

впервые □ / не впервые □.

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**Диплом об окончании ординатуры или диплом об окончании интернатуры по специальности, указанной в данном заявлении:**

имеется □ / отсутствует □.

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**Я ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:**

а) копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложениями)

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

б) копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или информацией об отсутствии указанного свидетельства

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

в) датой (датами) завершения приема документа установленного образца

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

г) правилами приема, утвержденными в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, в том числе правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

д) информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и в связи с прохождением мною обучения по программе ординатуры в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

**Даю согласие:**

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, расположенному по адресу: 127473, г. Москва, ул. Достоевского, д.4, корп. 2 (место оказания образовательных услуг: 127473, город Москва, ул. Достоевского, д.4, корп. 2) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в соответствии с пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись поступающего или доверенного лица)* |  | *(расшифровка подписи)* |

**Даю обязательство:**

Представить **заявление о согласии на зачисление** не позднее для завершения приема заявления о согласии на зачисление

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**К заявлению прилагаю** персональные данные в форме документов на бумажном носителе, преобразованные в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания их реквизитов**:**

1. документ, удостоверяющий личность, гражданство;
2. документ о высшем медицинском образовании по программам специалитета и приложение к нему;
3. свидетельство об аккредитации специалиста или выписку из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования);
4. сертификат специалиста (при наличии);
5. документы, подтверждающие индивидуальные достижения поступающего (при наличии);
6. военный билет (при наличии);
7. 4 фотографии формата 4x6;
8. медицинскую справку по форме 086/У не старше 6 месяцев (при отсутствии медицинской справки по форме 086/У – копию паспорта здоровья и оригинал для сверки);
9. список опубликованных работ, изобретений (при наличии);
10. документы, подтверждающие ограниченные возможности здоровья (для лиц с ограниченными возможностями здоровья);
11. договор о целевом обучении с федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными (муниципальными) учреждениями, унитарными предприятиями, государственными корпорациями, государственными компаниями или хозяйственными обществами, в уставном капитале которых присутствует доля Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или муниципального образования, и оригиналы направлений указанных органов или организаций, соответствующие установленным организации контрольным цифрам приема (для граждан Российской Федерации, претендующих на обучение на условиях целевого приема);
12. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, предусмотренном ст.7 Федерального закона от 01.04.1996 №27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» (для граждан Российской Федерации; иностранных граждан и лиц без гражданства, являющихся соотечественниками, проживающими за рубежом, при условии соблюдения ими требований, предусмотренных ст.17 Федерального закона от 24.05.1999 №99-ФЗ «О государственной политике Российской Федерации в отношении соотечественников за рубежом»; иностранных граждан, поступающих на обучение на основании международных договоров);

13) заявление об учете в качестве результатов вступительного испытания результата тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления и/или проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной абзацем вторым пункта 4 «Положения об аккредитации специалистов», пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления (по желанию поступающего).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата подачи заявления) (подпись поступающего или доверенного лица) (расшифровка подписи)*

Заявление и документы принял:

Отв. секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*(подпись) (расшифровка подписи)*