

**РЕКТОРУ**  
**Частного образовательного учреждения высшего образования**  
**«Санкт-Петербургский медико-социальный институт»**  
**Мальцеву С.Б.**

**гр.** \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения)

**проживающего (ей)** \_\_\_\_\_  
(индекс) (почтовый адрес)

(телефон) (мобильный телефон) (E-mail)

**окончившего (ей)** \_\_\_\_\_  
(год окончания) (наименование учебного заведения)

**имеется диплом с отличием**

(нужно подчеркнуть)

**Документ об образовании:** \_\_\_\_\_  
(Вид документа) (Серия и номер)

**Документ, удостоверяющий личность:** \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан (когда и кем) \_\_\_\_\_

(гражданство)

**Являюсь лицом, признанным гражданином, или лицом, постоянно проживавшим на территории Крыма:** да,  нет .

**З А Я В Л Е Н И Е**

**1. Прошу Вас принять мои документы и допустить к участию в общем конкурсе с оплатой стоимости обучения по образовательным программам (указать приоритетность, где 1 – наивысший приоритет):**

№	Образовательная программа	Очная форма
1.1.	Акушерство и гинекология (31.08.01)	<input type="checkbox"/>
1.2.	Онкология (31.08.57)	<input type="checkbox"/>
1.3.	Стоматология ортопедическая (31.08.75)	<input type="checkbox"/>
1.4.	Дерматовенерология (31.08.32)	<input type="checkbox"/>
1.5.	Офтальмология (31.08.59)	<input type="checkbox"/>
1.6.	Хирургия (31.08.67)	<input type="checkbox"/>
1.7.	Стоматология общей практики (31.08.72)	<input type="checkbox"/>
1.8.	Стоматология хирургическая (31.08.74)	<input type="checkbox"/>
1.9.	Неврология (31.08.42)	<input type="checkbox"/>
1.10.	Урология (31.08.68)	<input type="checkbox"/>
1.11.	Эндокринология (31.08.53)	<input type="checkbox"/>

**Общежитие:** нуждаюсь , не нуждаюсь .

**2. Вступительные испытания и дополнительные сведения:**

сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста:

сведения о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования, предусмотренном статьей 7 Федерального закона от 1 апреля 1996 г. № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» или документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального (персонифицированного) учета (только для граждан РФ и лиц, указанных в пунктах 54 и 56 Правил приема Института): \_\_\_\_\_

Прошу допустить меня к участию в тестировании, которое проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из Единой базы оценочных средств, формируемой Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – вступительные испытания) **или зачет в качестве вступительных испытаний:**

- а) результаты тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления; \_\_\_\_\_ (да, нет)
- б) результаты тестирования, 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. \_\_\_\_\_ (да, нет).

**3. Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений, предусмотренных правилами приема в институт (с приложением подтверждающих документов):**

а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования); \_\_\_\_\_ (да, нет)

б) документ установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации; \_\_\_\_\_ (да, нет)

в) общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):

- от одного года 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); \_\_\_\_\_ (да, нет)

- от одного года до двух лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы); \_\_\_\_\_ (да, нет)

- от двух лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы); \_\_\_\_\_ (да, нет)

г) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках; \_\_\_\_\_ (да, нет)

д) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"; \_\_\_\_\_ (да, нет)

е) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства); \_\_\_\_\_ (да, нет)

и) 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; \_\_\_\_\_ (да, нет)

з) иные индивидуальные достижения (суммарно не более 5 баллов):

**4. О себе дополнительно сообщаю и подтверждаю, что:**

1. Ознакомлен с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением)	Подпись абитуриента _____
2. Ознакомлен с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или с информацией об отсутствии указанного свидетельства	Подпись абитуриента _____
3. Ознакомлен с датой (датами) завершения приема документа установленного образца	Подпись абитуриента _____
4. Ознакомлен с правилами приема, утвержденными Институтом, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания	Подпись абитуриента _____
5. Ознакомлен с согласием поступающего на обработку его персональных данных и согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»	Подпись абитуриента _____
6. Ознакомлен с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов	Подпись абитуриента _____
7. С информацией о необходимости дачи согласия на зачисление ознакомлен (а):	Подпись абитуриента _____

**5. В случае не зачисления меня для прохождения обучения в Институт прошу вернуть мне документы (нужное отметить):**

- с помощью дистанционных технологий
- лично, либо доверенному лицу

**За достоверность указанных сведений несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись абитуриента \_\_\_\_\_

*Заявление принято в приёмную комиссию ЧОУВО «СПбМСИ»*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись ответственного лица приёмной комиссии: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )