

**Заместителю директора по образовательной
деятельности ГБУЗ МКНЦ имени
А.С. Логинова ДЗМ, д.м.н., профессору
А.Б. Абдураимову**

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)

(Ф.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 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, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста или вступительного испытания, пройденного в 2023 г. или 2024 г., сданного по специальности _____ в организации _____

3. 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 указанной деятельности 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:		
Рекомендация (положительная характеристика) 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:		

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

5. 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.)

6. Ознакомлен(а) со следующими документами:

Наименование документа	Подпись
Выписка из реестра лицензий на образовательную деятельность ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ	
Выписка из реестра организаций, осуществляющих образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ	
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)