

**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 программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре на 2024/2025 учебный год по очной форме обучения на договорной основе по научной специальности:

шифр специальности: \_\_\_\_\_ наименование специальности: \_\_\_\_\_

#### 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) (Фамилия 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 необходимости создания для поступающего специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его инвалидностью (с указанием перечня вступительных испытаний и специальных условий)

\_\_\_\_\_

#### 3. Сведения о намерении сдавать вступительные испытания дистанционно (с указанием перечня вступительных испытаний и места их сдачи)

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

**4. Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений:**

№ п/п	Наименование индивидуального достижения	Наличие (да/нет), заполняется поступающим	Баллы (заполняется представителем Приемной комиссии)
1	Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)		
2	Документ установленного образца с отличием		
3	Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, индексируемом в базе данных 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 равный вклад в опубликованную статью		
4	Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»		
5	Рекомендации образовательных организаций высшего образования, научных и (или) медицинских организаций		
6	Соавторство поступающего в патенте на изобретение		
7	Наличие ученой степени (указать в ответе)		
8	Правительственные и ведомственные награды в области здравоохранения и науки (почетные и наградные грамоты, медали, дипломы, письма, благодарности)		
9	Освоение поступающим программ высшего образования – программ ординатуры (программ интернатуры)		
10	Освоение поступающим программ дополнительного профессионального образования (циклы повышения квалификации врачей, документально подтвержденные документами установленного образца)	(общее кол-во часов)	
11	Участие поступающего в образовательных и научно-практических конференциях и семинарах, аккредитованных комиссией по развитию системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования		
12	Соавторство поступающего в монографии, учебном пособии, практических рекомендациях, не предусмотренных в подпункте 3		
13	Соавторство поступающего в научных публикациях, размещенных в научно-медицинских журналах, не предусмотренных в подпункте 3		
14	Наличие у поступающего призовых мест в студенческих научных олимпиадах		
15	Наличие иного высшего образования или средне-специального медицинского образования, подтвержденного документами установленного образца		
16	Наличие призовых мест на научных конкурсах (олимпиадах) для молодых ученых		
17	Участие в качестве докладчика на научных конференциях в России и зарубежных странах		
18	<b>Иные индивидуальные достижения (по желанию поступающего, выносимые на рассмотрение Приемной комиссии)</b>		
	<b>Сумма баллов за индивидуальные достижения:</b>		

**5. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС)**

Номер СНИЛС: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.)

**6. Ознакомлен(а) со следующими документами:**

Наименование документа	Подпись
Вписка из реестра лицензий на образовательную деятельность ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ	
Устав ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ и правила внутреннего распорядка, в том числе санитарно-эпидемиологические правила допуска обучающегося в клинические отделения мне понятны, обязуюсь выполнять	
Положение «О порядке приема граждан на обучение по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре на 2024/2025 учебный год в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы»	
Контрольные цифры приема по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре на 2024/2025 учебный год	
Основная профессиональная образовательная программа высшего образования программа подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по соответствующей научной специальности и другие документы, регламентирующие организацию и осуществление образовательной деятельности по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре, права и обязанности обучающегося, информация о проводимом конкурсе и об итогах его проведения, в том числе на официальном сайте организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	
Условия проведения вступительного испытания; правила подачи заявления в апелляционную комиссию и другие локальные нормативные акты ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, регламентирующие вопросы организации приема на обучение по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре	

**7. Согласие и подтверждение:**

Достоверность сведений, указанных в заявлении подтверждаю. Против возврата документов и исключения из конкурса на зачисление в аспирантуру, 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)