|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения города Москвыз |
| Лицензия на право ведения образовательной деятельности № Л035-00115-77/00096787 от 29.05.2018 г. Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки |
| Свидетельство о государственной аккредитации Серия 90А01 № 0002168 от 01.07.2016 Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки |

 |
| «Допустить к вступительным испытаниям»«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г.Директор НИИ НДХиТ \_\_\_\_\_\_\_\_Митиш В.А.*От* | ***Директору НИИ НДХиТ******Митишу В.А.*** |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ, удостоверяющий личность |
| Отчество | Паспорт |
| Дата рождения | серия |  № |
| Место рождения | Когда и кем выдан: |
| СНИЛС |
| Проживающего(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: дом. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | сотовый  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес электронной почты: |  |
| **З А Я В Л Е Н И Е (личное дело №\_\_\_\_\_)** |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные направления подготовки (специальности) в НИИ НДХиТ в порядке приоритетности поступления по различным условиям поступления: |
| **№ п.п.** | **Направление подготовки (специальность)** | **Основание поступления\*** | **Условия поступления\*\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| \* Для каждого направления подготовки (специальности) указать основание поступления: Полное возмещение затрат(ПО), Целевой прием(ЦП)\*\* Условия поступления: на общих основаниях/целевая квота |
| Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний на русском языке: |
| Наименование предмета (Дисциплина по специальности диплома) | Специальные условия |
|  |  |
| Прошу учесть в качестве вступительных испытаний:1. Результаты аккредитации специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (специальность) (год) (подпись)2. Тестирование в НИИ НДХиТ при поступлении в ординатуру: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)либо в другом образовательном учреждении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)**О себе сообщаю следующее:**Окончил(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (образовательное учреждение) в \_\_\_\_\_\_\_\_ году |
| Диплом: | Серия \_\_\_\_\_\_\_\_  | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Дата выдачи | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Свидетельство об аккредитации специалиста:  | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Сертификат специалиста по специальности: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Мне необходимы специальные условия при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать условия)Общежитие: нуждаюсь/не нуждаюсь |
| О себе дополнительно сообщаю: |  |
|  |  |
| **Сведения о наличии индивидуальных достижений:**

|  |  |
| --- | --- |
| Стипендиат Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) |  |
| Документ установленного образца с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации |  |
| Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, индексируемом в базе данных Scopus или базе данных Web of Science, автором или соавтором которой является поступающий |  |
| Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтверждённый в порядке, установленном трудовым законодательством РФ (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования): |  |
| - 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) |  |
| - от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) |  |
| - от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) |  |
| Дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образование, работа на указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках |  |
| Дипломант 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 добровольничества (волонтерства) |  |
| Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению короновирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов |  |
| Лица, проработавшие в НИИ НДХиТ на должностях среднего медицинского персонала не менее 1 года |  |
| Лица, успешно прошедшие собеседование |  |

 |
| **Ознакомлен(а)**- с лицензией на осуществление образовательной деятельности (с приложением) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| - со свидетельством о государственной аккредитации (с приложением) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| - с Правилами приема в НИИ НДХиТ, в т.ч. с правилами подачи апелляций | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| - со сроками завершения приема документа установленного образца  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| - с датой предоставления заявления о согласии на зачисление  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| **Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных**, в том числе: фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографии, образца личной подписи, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» В случае поступления в НИИ НДХиТ согласен с передачей вышеуказанных данных в информационные системы, базы НИИ НДХиТ с их последующей обработкой согласно действующему законодательству РФ |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| **Подтверждаю** достоверность сведений в заявлении о себе |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| **Подтверждаю** отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (для поступающих по целевой квоте) |  |
|  | (Подпись поступающего) |
| **Обязуюсь** представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документов установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме). |  |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии | (Подпись поступающего) |
|  | (Подпись ответственного лица) |
| « |   | » |  | 2023 | г. |  |  |  |