Приложение 3

ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России

Лицензия на право ведения образовательной деятельности Серия 90Л01 № 0009473 от 23.09.2016 г., рег. №2400 Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки

Свидетельство о государственной аккредитации Серия 90А01 № 0003784 от 07.05.2021 г., рег. №3564 Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Ректору (председателю приемной комиссии) ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России Горбатовой Л. Н.*** |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ, удостоверяющий личность |
| Отчество |
| Дата рождения | Серия № |
| Место рождения | Когда и кем выдан |
| СНИЛС |
| Проживающего(ей) по адресу: |  |
| Контактный телефон: |  |
| Адрес электронной почты: |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные направления подготовки **по программам магистратуры** в ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Направление подготовки | Форма обучения\* | Условия поступления\*\* | Приоритет зачисления |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **\*** Для каждого направления подготовки указать форму обучения: Очная, Очно-заочная |
| **\*\*** Для каждого направления подготовки указать условия поступления: Квота приема на целевое обучение (ЦП), Основные конкурсные места (Б), Полное возмещение затрат (ПО) |

**О себе сообщаю следующее:**

Предыдущее образование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_году

Диплом серия, №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сведения о наличии индивидуальных достижений: да нет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование индивидуального достижения | Наименование и реквизиты подтверждающего документа |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью:

Подтверждающий документ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иностранный язык:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нуждаюсь в предоставлении общежития:

|  |  |
| --- | --- |
|  «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г. |  |
|  | (подпись поступающего) |

|  |  |
| --- | --- |
| Высшее образование уровня специалитета, магистратуры получаю:впервые не впервые |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С Уставом СГМУ, образовательными программами, Положением об оказании платных образовательных услуг СГМУ и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С Правилами приема, утвержденными СГМУ самостоятельно, в т.ч. с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний, проводимых СГМУ самостоятельно ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| На обработку персональных данных согласен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| Подтверждаю отсутствие:диплома специалиста диплома магистра (при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| С датами представления оригинала документа об образовании / выставления в информационной системе вуза отметки о представлении оригинала / заключения договоров об оказании платных образовательных услуг / заключения договора о целевом обучении ознакомлен(а) |  |
|  | (подпись поступающего) |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии |  |
|  | (подпись ответственного) |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.