



УВАЖАЕМЫЕ ПОСТУПАЮЩИЕ!

Для подачи документов для поступления на обучение по программе ординатуры вам необходимо:

1. Скачать шаблон Заявления о приёме на обучение (Заявление).
2. Заполнить на русском языке все графы данного документа одним из способов:
 - от руки ручкой с синими чернилами,
 - с использованием технических средств (компьютер и пр.).
- 3. При заполнении на компьютере не убирать пустые строки и поля!**
4. Подтвердить полноту и достоверность указанных сведений, а также факты ознакомления и заверения необходимых сведений путем проставления личных подписей в выделенных местах в распечатанном Заявлении.
5. Перевести Заявление в электронный образ путем сканирования.
6. Прикрепить файл с электронным образом Заявления к электронному письму.

Председателю приемной комиссии,
Директору ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ"
Безменову Петру Васильевичу

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ

Прошу принять меня на очную форму обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.20 ПСИХИАТРИЯ на место по договору о целевом обучении (по договору об оказании платных образовательных услуг) и допустить меня к вступительным испытаниям/участию в конкурсе на зачисление в число обучающихся в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

1. Ф.И.О., дата рождения, пол:

Фамилия																				
Имя																				
Отчество (при наличии)																				

Дата рождения			Пол	
д	м	год	м	<input type="checkbox"/>
			ж	<input type="checkbox"/>

2. Гражданство: Российская Федерация. Нет Да

3. Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

Наименование документа	Серия	Номер	Кем выдан	Когда выдан	Код подразделения

4. СНИЛС:

--

5. Адрес регистрации по месту жительства:

Страна	Регион	Район		Населенный пункт		
Индекс	Улица/площадь/переулок		Дом	Стр.	Корп.	Кв.

3. 6. Адрес фактического проживания: Совпадает с адресом регистрации

Страна	Регион	Район		Населенный пункт		
Индекс	Улица/площадь/переулок		Дом	Стр.	Корп.	Кв.

7. Контактный телефон (ы), адрес электронной почты:

Телефон 1																				
Телефон 2																				
E-mail																				

8. Сведения о документе об образовании и о квалификации*:

*К освоению программ ординатуры допускаются лица, получившие высшее медицинское и (или) фармацевтическое образование, с учетом квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (**заполнить, выбрав необходимые поля**).

<p>Документ о высшем образовании с приложением: (для документов, полученных после 01 января 2014 года):</p> <p>Диплом специалиста <input type="checkbox"/></p> <p><i>(документ об образовании и о квалификации образца, установленного федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, или федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения)</i></p>	Номер диплома:	Регистрационный номер и дата выдачи:	Вид документа (если получен)¹
			оригинал <input type="checkbox"/>
	Номер приложения к диплому:		копия <input type="checkbox"/>
			нет <input type="checkbox"/>
Наименование образовательной организации, регион/ страна, специальность/ направление подготовки			
<p>Диплом о высшем профессиональном образовании с приложением: (для документов, полученных до 01 января 2014 года)</p> <p><i>(документ государственного образца об уровне образования и о квалификации)</i></p>	Серия и номер диплома:	Регистрационный номер и дата выдачи:	Вид документа (если получен)
			оригинал <input type="checkbox"/>
			копия <input type="checkbox"/>
	Наименование образовательной организации, регион/ страна, специальность/ направление подготовки		

¹ При отсутствии документа (в настоящий момент не выдан образовательной организацией) необходимо поставить знак «√» в ячейке со словом «нет».

Документ (документы) иностранного государства об образовании или об образовании и о квалификации: (указать наименование) <i>Документ иностранного государства об образовании представляется со свидетельством о признании иностранного образования, за исключением случаев, указанных в Правилах приема)</i>	Серия и номер (при наличии):	Регистрационный номер и дата выдачи (при наличии):	Вид документа:
			оригинал <input type="checkbox"/> копия <input type="checkbox"/>

9. Сведения о Свидетельстве об аккредитации специалиста или Выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования) (при наличии)

Свидетельство об аккредитации специалиста (при наличии):	
Номер:	
Регистрационный номер:	
Специальность	
Результат тестирования	_____ баллов
Протокол заседания аккредитационной комиссии:	
N _____ от " ____ " _____ 20 ____ г.	
Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии (при наличии):	
N _____ от " ____ " _____ 20 ____ г.	
Специальность: _____. Результат тестирования _____ баллов	

10. Сведения о сертификате (-х) специалиста (при наличии):

Номер:	
Регистрационный номер:	
Специальность	
Дата выдачи:	
Номер:	
Регистрационный номер:	
Специальность	
Дата выдачи:	

11. Сведения о вступительном испытании:

Поступающий проходит вступительное испытание однократно в одной из организаций, в которые подает заявление о приеме на обучение, или представляет заявление об учёте в качестве результатов тестирования результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста.

Выбрать **ОДИН** вариант:

Прохожу вступительное испытание в ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ".

Прохожу вступительное испытание в :

_____ (указать
организацию)

Прошу учесть результат тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления:

Специальность: _____

Организация, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование):

Год прохождения вступительного испытания (тестирование):

Прошу учесть результат тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста:

Организация, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование):

Год прохождения вступительного испытания (тестирование):

12. Сведения о наличии индивидуальных достижений:

Нет

Да (указать сведения о подтверждающем документе с приложением скан-копий документов в Личном кабинете абитуриента)

Виды индивидуальных достижений		Сведения, подтверждающие индивидуальные достижения
а)	Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)	
б)	Документ об образовании и о квалификации, удостоверяющий образование соответствующего уровня с отличием, полученный в образовательной организации Российской Федерации	
в)	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 которой является поступающий	
г)	Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтвержденный в установленном порядке (если	

	<p>трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования):</p>	
	<p>г-1) 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)</p>	
	<p>г-2) от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)</p>	
	<p>г-3) от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставки по основному месту работы)</p>	
д)	<p>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</p>	
е)	<p>Дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"</p>	
ж)	<p>Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)²</p>	
з)	<p>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</p>	
и)	<p>Осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в 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 новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней</p>	
к)	<p>Индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»</p>	
	<p>к-1) осуществление трудовой деятельности (не менее 6 месяцев) на должностях</p>	

² Постановление Правительства Российской Федерации от 17 августа 2019 г. N 1067 "О единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства)" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, N 34, ст.4899).

	медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»	
	к-2) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»	
	к-3) участие в работе студенческих научных обществ, выступления на конференциях, проведение учебно-исследовательской деятельности и пр. (профиль «Психиатрия»)	

13. Сведения о родителях (законных представителях), их контакты (*обязательно не менее одного контакта*):

Мать (Ф.И.О.) _____

Телефон _____

Отец (Ф.И.О.) _____

Телефон _____

Иное лицо (Ф.И.О.) _____

Телефон _____

14. Сведения о владении иностранными языками (*указываются по желанию*)

Иностранный язык	Уровень владения

15. Я ознакомлен(а), в том числе через информационные системы общего пользования:

15.1. С копией Лицензии на осуществление образовательной деятельности ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ" (с приложением)

Подпись поступающего _____

15.2. С информацией о государственной аккредитации основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.20 ПСИХИАТРИЯ в ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ"

Подпись поступающего _____

15.3. С датой (датами) завершения приема заявления о согласии на зачисление

Подпись поступающего _____

15.4. С Порядком приёма на обучение по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в ГБУЗ "НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ" на 2021/22 учебных год (с изменениями)

Подпись поступающего _____

15.5. С Правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

Подпись поступающего _____

15.6. С информацией о необходимости указания в Заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов, а также об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

Подпись поступающего _____

15.7. С информацией об отсутствии у ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» возможности предоставления общежития обучающимся

Подпись поступающего _____

16. Обязуюсь в первый год обучения в ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» предоставить оригинал документа об образовании и о квалификации:

Подпись поступающего _____

17. Я даю согласие на обработку своих персональных данных согласно Приложению к настоящему заявлению:

Подпись поступающего _____

Дата « ____ » _____ 2024 года

Подпись поступающего _____

Расшифровка подписи поступающего: _____
(Фамилия, Имя, Отчество полностью)