

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ УЧЁТЕ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ  
поступающего на обучение по договору об оказании образовательных услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_

проживающий(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

поступающий на обучение по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности \_\_\_\_\_ на место по договору об оказании образовательных услуг **очной формы обучения** в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»), расположенное по адресу: город Москва, 5-й Донской проезд, дом 21А.

**Прошу учесть в качестве результатов вступительного испытания (тестирование) (выбрать необходимый вариант):**

- **результаты тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления**

Специальность: \_\_\_\_\_

Организация, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование):  
\_\_\_\_\_

Количество баллов \_\_\_\_\_ Год тестирования \_\_\_\_\_

- **результаты тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста (первичная аккредитация), пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления**

Специальность: \_\_\_\_\_

Организация, в которой проводилось вступительное испытание (тестирование):  
\_\_\_\_\_

Количество баллов \_\_\_\_\_ Год тестирования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Личная подпись поступающего)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество полностью)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 года

Заявление принял:

\_\_\_\_\_  
(Подпись ответственного секретаря Приёмной комиссии ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»)

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 года