Директору АНО «ПОО

 медицинский колледж «Монада»

 **Пустоваловой Ларисе Сергеевне**

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

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

(Ф.И.О)

проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

зарегистрированного(-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Мобильный телефон +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## З А Я В Л Е Н И Е

о приеме на обучение

Прошу принять меня на I курс для получения среднего профессионального образования по очной форме обучения по программе подготовки специалистов среднего звена по специальности:

Фармация.

**СВЕДЕНИЯ О СЕБЕ:**

|  |
| --- |
| 1. Ф.И.О (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. Дата рождения (полностью) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.
 |
| 1. Данные паспорта: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Гражданство: Россия
 |  | другое (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Сведения о предыдущем уровне образования
 |
|  основное общее (9классов) |  |  |
|  среднее общее (11 классов) |  |  |
| среднее профессиональное с присвоением квалификации квалифицированного рабочего |  | служащего |  |
| среднее профессиональное с присвоением квалификации специалиста среднего звена |  |  |
|  высшее профессиональное |  |  |
| 1. Документ об образовании и(или) документ об образовании и о квалификации, его подтверждающем:

Аттестат

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

 Диплом  |
| 1. Год окончания образовательной организации:
 |  |
| 1. Наименование образовательной организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| расположенной в: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (область, город, населенный пункт) |

|  |
| --- |
| 1. Необходимость создания специальных условий при проведении вступительных испытаний
 |
| в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья |  |  |
| 1. Сведения о родителях:
 |
| Отец |
| (Ф.И.О, полностью место работы, должность, рабочий и мобильные телефоны) |
|  |
| Мать |
| (Ф.И.О, полностью место работы, должность, рабочий и мобильные телефоны) |
|  |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись поступающего, расшифровка)

Среднее профессиональное образование

по программе подготовки

специалистов среднего звена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- получаю впервые не впервые (подпись поступающего, расшифровка)

С копией лицензии на право осуществления

образовательной деятельности, свидетельством

о государственной аккредитации, Уставом,

Правилами приема, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ознакомлен (а) (подпись поступающего, расшифровка)

Подпись ответственного лица приемной комиссии,

принявшего документы

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (расшифровка)