**Директору ГБУЗ НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ**

**Заслуженному деятелю науки РФ, профессору А. И. Крюкову**

От поступающего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гражданство:\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия: \_\_\_\_\_\_\_ №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС №:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

почтовый индекс, республика, край, область, район, населенный пункт

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

улица, дом, корпус, квартира

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окончившего(ей):

полное название образовательного учреждения

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году.

Диплом № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата получения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство об аккредитации или выписка из итогового протокола: □ получено в 20\_\_\_ году; □ ранее не получал(а).

Сертификат об обучении в интернатуре/ординатуре по специальности (при отсутствии указать «не имею»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять документы об образовании и допустить к вступительному испытанию для участия в конкурсе для обучения в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» направленности (профилю) 14.01.03 «Болезни уха, горла и носа» на платной основе:

Индивидуальные достижения, подтвержденные документально (при отсутствии указать «не имею»):

* диплом с отличием\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* стипендиаты Президента или Правительства РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* получатель стипендий регионального, всероссийского, международного уровней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, индексируемом в базе данных Scopus или базе данных Web of Science \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Публикации в изданиях, входящих в перечень ВАК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Участие в выполнении фундаментальных и поисковых научно-исследовательских работ по предоставленным грантам, подтвержденное документально (соглашением о предоставлении грантов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Патенты на изобретение;
* Патенты на полезную модель;
* Диплом (сертификат) победителя международного/всероссийского конкурса научных работ, тематика которых соответствует профилю подготовки в аспирантуре \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Сертификат участника научной конференции по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на 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 коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом Института, порядком приема в аспирантуру, с порядком рассмотрения апелляций, а также списком ограничений по состоянию здоровья, о предоставлении особых прав и преимуществ ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Оригиналы документов в случае моего непоступления возвращаются мне лично \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

С правилами подачи письменного заявления в апелляционную комиссию по результатам проведения вступительных испытаний и другими локальными актами, регламентирующими вопросы организации приема в аспирантуру ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

С необходимостью и датой предоставления оригиналов документов установленного образца ознакомлен(а)

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

подпись

Достоверность предоставленных сведений и подлинность документов подтверждаю, об ответственности уведомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

В соответствии со ст. 7 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на использование моих персональных данных в целях работы приемной комиссии сроком до 31 декабря 2020 г. и далее,

в случае поступления — на весь период обучения до сдачи документов в архив

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

подпись

С отсутствием общежития ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Дата заявления «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

подпись