

**Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Калмыкия  
«Калмыцкий медицинский колледж им.Т.Хахлыновой»**

Директору БПОУ РК «Калмыцкий  
медицинский колледж им.Т.Хахлыновой»  
К.М. Манджиевой

№ \_\_\_\_\_

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Документ, удостоверяющий личность _____ № _____ Когда и кем выдан _____ _____ _____
--	--

Адрес по прописке(синдексом) \_\_\_\_\_

Место проживания \_\_\_\_\_

Телефон (дом.моб) \_\_\_\_\_

Национальность \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу зачислить меня в число студентов по специальности \_\_\_\_\_

По очной  очно-заочной (вечерней)  форме обучения на места, финансируемые из бюджета  на места с полным возмещением затрат  базовой , углубленной  подготовки.

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в \_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение 9 классов  11 классов

Образовательное учреждение начального профессионального образования

Образовательное учреждение среднего профессионального образования

Образовательное учреждение высшего профессионального образования

Аттестат/диплом Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Наличие договора о целевом обучении

Наличие результатов индивидуальных достижений:

-Победитель (призер) олимпиады, интеллектуального и (или) творческого конкурса

-Победитель (призер) чемпионата «Абилимпикс»

-Победитель (призер) чемпионата профессионального мастерства «Молодые профессионалы»

-Чемпион (призер) Олимпийских игр, Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр

-Чемпион мира, Европы, лица, занявшего первое место на первенстве мира, Европы по видам спорта, не включенным в программы Олимпийских игр, Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр

- Общежитие: нуждаюсь  не нуждаюсь

Приписное свидетельство № \_\_\_\_\_

Военный билет № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
Подпись поступающего

Сведения о родителях (Опекуне):

	Ф.И.О.	Адрес	Место работы	Телефон
Мать				
Отец				
Опекун				

Среднее профессиональное образование получаю впервые , не впервые  \_\_\_\_\_  
Подпись поступающего

Необходимость создания специальных условий при прохождении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья: нуждаюсь , не нуждаюсь

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом колледжа, Правилами приема ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
Подпись поступающего

\_\_\_\_\_ Подпись поступающего

С условиями прохождения вступительных испытаний ознакомлен(а):

\_\_\_\_\_ Подпись законного представителя

\_\_\_\_\_ Подпись поступающего

С окончательным сроком предоставления оригинала документа об образовании ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

Подпись поступающего

Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным Законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»

\_\_\_\_\_ Подпись законного представителя

\_\_\_\_\_ подпись поступающего

В случае поступления в колледж обязуюсь ежегодно проходить медицинские осмотры и оформлять медицинскую книжку за свой счет.

\_\_\_\_\_ Подпись поступающего

Секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Подпись  
« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ г.