

Директору государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения  
«Чайковский медицинский колледж»

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество _____	Выдан _____
Год и дата рождения _____	Дата выдачи _____
Место рождения _____	Код подразделения _____
Место жительства _____	Место регистрации _____
Телефон (личный, родителей) _____	

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на специальность(- ти) :

1.

2.

по очной форме обучения на места, финансируемые из бюджета / по договорам с оплатой стоимости обучения (нужное подчеркнуть)  
О себе сообщаю следующее:

Окончил(а)

\_\_\_\_\_ (наименование учебного заведения, место, год окончания)

Документ об образовании - аттестат  серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Документ об образовании и квалификации по профессии - диплом  серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Документ об образовании и квалификации по специальности - диплом  серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Иностранный язык: английский , немецкий , другой , не изучал(а)

Общежитие: нуждаюсь , не нуждаюсь

Дополнительно сообщаю: Ф.И.О. родителей или законного представителя \_\_\_\_\_

Среднее профессиональное образование получаю: впервые , не впервые

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С Уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема, программами подготовки специалистов среднего звена (ППССЗ), условиями обучения и правами обучающихся ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и квалификации по профессии, специальности ознакомлен (а):

- Лечебное дело, Акушерское дело, Сестринское дело – до 15 августа

- Фармация – до 18 августа

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Зачисление: Лечебное дело, Акушерское дело – **15 августа**  
Сестринское дело, Фармация – **18 августа**

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Согласие на обработку своих персональных данных подтверждаю

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Ознакомлен с перечнем медицинских противопоказаний. Заболеваний, препятствующих получению выбранной специальности не имею

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

-----  
Подпись ответственного лица, принявшего документы

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2018г.

Подпись ответственного секретаря приемной комиссии

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)