

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору Государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Агинский медицинский колледж им. В.Л. Чимитдоржиева» Бадмаеву Доржи Цыденовичу

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Документ, удостоверяющий личность _____ _____, серия _____, № _____ Когда и кем выдан: «__» _____ 20__ г. _____ _____
Гражданство _____ _____	Сведения о воинском учете
СНИЛС _____ _____	Категория запаса _____ Воинское звание _____ Состав (профиль) _____ Категория годности к в/службе _____ Наименование ВК района в котором состоит на в/учете _____

Адрес по месту жительства:

По паспорту 

Почтовый индекс	_____
_____	_____

Фактический 

Почтовый индекс	_____
_____	_____

Телефон: домашний \_\_\_\_\_, мобильный \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по специальности 31.02.01. «Лечебное дело» \_\_\_\_\_

(ФИО в родительном падеже)

по очной , очно-заочной (вечерней)  форме обучения, на места:

финансируемые из краевого бюджета , с полным возмещением затрат

на базе 9 класса  на базе 11 класса

#### О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение

образовательное учреждение начального профессионального образования

другое  \_\_\_\_\_

Аттестат / диплом : Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.

Медаль: золотая / серебряная , диплом «с отличием» .

Победитель всероссийских олимпиад (член сборной)

Трудовой стаж (если есть): \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.

В общежитии: нуждаюсь , не нуждаюсь .

Среднее профессиональное образование данного уровня получаю: впервые / не впервые

\_\_\_\_\_  
(сведения о наличии/отсутствии у поступающего особых прав (инвалид, ОВЗ, сирота) и преимуществ и права целевого приема, название подтверждающего документа)

\_\_\_\_\_  
(сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений в спорте, художественной самодеятельности и т.п. (при наличии) – перечислить))

Личная подпись поступающего \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

С Уставом колледжа, Лицензией на право осуществления образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении, а также правилами подачи апелляции ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_  
(личная подпись поступающего)

Я даю свое согласие ГАПОУ «Агинский медицинский колледж им. В.Л. Чимитдоржиева», на обработку всех моих персональных данных, указанных в настоящем Заявлении, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», которая включает совершение любого действия (операции) или совокупности действий (операций) с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу (распространение, предоставление, доступ) персональных данных, включая передачу третьим лицам, действующим на основании агентских договоров или иных договоров, заключенных ими с Колледжем. Указанные мною персональные данные предоставляются в целях получения образовательных услуг. Согласие предоставляется с момента подписания настоящего Заявления и действительно до момента моего отчисления из Колледжа.

\_\_\_\_\_  
(личная подпись поступающего)

С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_  
(личная подпись поступающего)

*В случае предоставления поступающим не все сведения и не соответствующих действительности документы, ГАПОУ «АМК» возвращает документы поступающему*

Личная подпись поступающего \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Сведения о родителях:

Отец:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., где и кем работают, телефон, место проживания, сотовый телефон)

Мать:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., где и кем работают, телефон, место проживания, сотовый телефон)

Личная подпись родителя (опекуна) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

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