**ПРИЛОЖЕНИЕ А**

к Правилам приема граждан в ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазовa» Минздрава России на обучение по программам ординатуры в 2023 году

**Форма заявления о приёме на обучение по программам подготовки**

**кадров высшей квалификации в ординатуре**

 Генеральному директору

ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазовa» Минздрава России

 С.А. Бойцову

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(инициалы, фамилия)*

 документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование документа)*

 серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

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

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного по

адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(адрес регистрации указывается с почтовым индексом)*

 тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: |  | Гражданство: |  |

прошу допустить меня к вступительным испытаниям и к участию в конкурсе для поступления в ординатуру по специальности (ям): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование специальности)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Форма обучения** |  | **очная** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Основа обучения** |  | **в рамках контрольных цифр приема** |  | **по договору об оказании****платных образовательных услуг** |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Условия поступления на обучение** |  | **раздельно по программам ординатуры в зависимости от специальности** |  | **раздельно в рамках** **контрольных цифр** **и по договорам об****оказании платных****образовательных услуг** |  | **раздельно** **на места в пределах целевой квоты и на места в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты** |
|  |
| Окончил(а) в \_\_2023\_\_\_\_\_\_ году образовательное учреждение высшего профессионального образования |
|  |
|  |
| *(полное наименование учебного заведения)* |
|  |
| Документ о высшем профессиональной образовании: Диплом серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| выдан в \_\_\_\_2023\_\_\_\_ году по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| *(код и полное наименование специальности)* |
|  |
| оригинал |  | копия |  |

|  |
| --- |
| Свидетельство об аккредитации специалиста: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_когда выдано: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_г.Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста: от «\_\_\_хх\_\_» \_\_\_\_\_\_х\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сертификат специалиста (при наличии): серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Специальность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда выдан: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. |

**Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений:**

* **стипендии Президента Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| имею |  | не имею |  |
| * **стипендии Правительства Российской Федерации** (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского образования):
 |
| имею |  | не имею |  |
| * **документ установленного образца с отличием**:
 |
| имею |  | не имею |  |

* **статьи в профильном научном журнале,** наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий (обязательно наличие ссылки на статью и скрин-шот из базы данных о вхождении статьи в ядро РИНЦ):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| имею |  | не имею |  |

* **общий стаж работы в должностях медицинских работников, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 №1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18.03.2013, рег. №27723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.08.2014 №420н** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.08.2014, рег. №33591), **подтвержденный в порядке, установленном** [**трудовым законодательством**](http://ivo.garant.ru/#/document/12125268/entry/5) **Российской Федерации** (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского образования)**:**

 **● от 9 месяцев на должностях медицинских работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

 **● от 9 месяцев до полутора лет на должностях медицинских** и(или) фармацевтических **работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

 **● от полутора лет и более на должностях медицинских работников** и(или) фармацевтических **с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

* **общий стаж работы** на должностях медицинских и(или) фармацевтических работников **с высшим образованием,** работа на указанных должностях **не менее 9 месяцев** в медицинских и(или) фармацевтических организациях, расположенных **в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **не имею** |  |  |
|  |  | **имею,**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_лет** | **\_\_\_\_\_\_\_ месяцев** |

***(место работы, должность)***

* **диплом Всероссийской студенческой олимпиады «Я – профессионал»**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| имею |  | не имею |  |
| * **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, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства):
 |
| да |  | нет |  |

|  |
| --- |
| * **осуществление трудовой деятельности** на должностях медицинских работников с высшим или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) **прохождение практической подготовки по образовательным программам медицинского образования**, 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:
 |
| да |  | нет |  |
| * **исключительное право на достигнутый научный результат (патент)**:
 |
| имею |  | не имею |  |

**О себе дополнительно сообщаю:**

|  |
| --- |
| **Наличие опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе:** |
|  |
|  |

**Способ возврата поданных документов** в случае не поступления на обучение:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **лично или доверенному лицу** |
|  |  | **путем направления документов через операторов почтовой связи общего пользования** |
|  |  |

**Образование по программам подготовки в ординатуре получаю:**

впервые □ / не впервые □.

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**Диплом об окончании ординатуры или диплом об окончании интернатуры по специальности, указанной в данном заявлении:**

имеется □ / отсутствует □.

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**Я ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:**

а) копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложениями)

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

б) копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением) или информацией об отсутствии указанного свидетельства

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

в) датой (датами) завершения приема документа установленного образца

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

г) правилами приема, утвержденными в ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазовa» Минздрава России, в том числе правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

д) информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и в связи с прохождением мною обучения по программе ординатуры в ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазовa» Минздрава России

**Даю согласие:**

ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазовa» Минздрава России, расположенному по адресу: 121552, Москва, ул. Академика Чазова, д. 15а (место оказания образовательных услуг: 121552, Москва, ул. Академика Чазова, д. 15а корп. 2) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, в соответствии с пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, представленных в ФГБУ «НМИЦК им. ак. Е.И. Чазовa» Минздрава России.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись поступающего или доверенного лица)* |  | *(расшифровка подписи)* |

**Даю обязательство:**

Представить **заявление о согласии на зачисление** не позднее для завершения приема заявления о согласии на зачисление

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**Ознакомлен с требованиями** Федерального закона от 28.03.1998 N 53-ФЗ (ред. от 24.09.2022) "О воинской обязанности и военной службе" (с изм. и доп., вступ. в силу с 13.10.2022), а именно:

Статья 10. Обязанности граждан по воинскому учету

1. В целях обеспечения воинского учета граждане обязаны:

- сообщить в двухнедельный срок в военный комиссариат либо в местную администрацию соответствующего поселения, муниципального или городского округа, осуществляющую первичный воинский учет, об изменении семейного положения, образования, места работы (учебы) или должности;

(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 31.12.2005 N 211-ФЗ, от 03.12.2008 N 248-ФЗ, от 09.03.2010 N 27-ФЗ, от 06.02.2019 N 8-ФЗ, от 31.07.2020 N 285-ФЗ)

- явиться в двухнедельный срок в военный комиссариат для постановки на воинский учет, снятия с воинского учета и внесения изменений в документы воинского учета при переезде на новое место жительства и (или) место пребывания, в том числе не подтвержденные регистрацией по месту жительства и (или) месту пребывания, либо выезде из Российской Федерации на срок более шести месяцев или въезде в Российскую Федерацию;

(в ред. Федеральных законов от 09.03.2010 N 27-ФЗ, от 06.02.2019 N 8-ФЗ)

|  |
| --- |
|  |

*(подпись поступающего или доверенного лица)*

**К заявлению прилагаю** персональные данные в форме документов на бумажном носителе, преобразованные в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания их реквизитов**:**

1. документ, удостоверяющий личность, гражданство;
2. документ о высшем медицинском образовании по программам специалитета и приложение к нему;
3. свидетельство об аккредитации специалиста или выписку из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования);
4. сертификат специалиста (при наличии);
5. документы, подтверждающие индивидуальные достижения поступающего (при наличии);
6. военный билет (при наличии);
7. 4 фотографии формата 4x6;
8. медицинскую справку по форме 086/У не старше 6 месяцев (при отсутствии медицинской справки по форме 086/У – копию паспорта здоровья и оригинал для сверки);
9. список опубликованных работ, изобретений (при наличии);
10. документы, подтверждающие ограниченные возможности здоровья (для лиц с ограниченными возможностями здоровья);
11. договор о целевом обучении с федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными (муниципальными) учреждениями, унитарными предприятиями, государственными корпорациями, государственными компаниями или хозяйственными обществами, в уставном капитале которых присутствует доля Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или муниципального образования, и оригиналы направлений указанных органов или организаций, соответствующие установленным организации контрольным цифрам приема (для граждан Российской Федерации, претендующих на обучение на условиях целевого приема);
12. страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования, предусмотренном ст.7 Федерального закона от 01.04.1996 №27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» (для граждан Российской Федерации; иностранных граждан и лиц без гражданства, являющихся соотечественниками, проживающими за рубежом, при условии соблюдения ими требований, предусмотренных ст.17 Федерального закона от 24.05.1999 №99-ФЗ «О государственной политике Российской Федерации в отношении соотечественников за рубежом»; иностранных граждан, поступающих на обучение на основании международных договоров);

13) заявление об учете в качестве результатов вступительного испытания результата тестирования, пройденного в году, предшествующем году поступления и/или проводимого в рамках процедуры аккредитации специалиста, предусмотренной абзацем вторым пункта 4 «Положения об аккредитации специалистов», пройденного в году, предшествующем году поступления, или в году поступления (по желанию поступающего).

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

*(дата подачи заявления) (подпись поступающего или доверенного лица) (расшифровка подписи)*

Заявление и документы принял:

Отв. секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 *(подпись) (расшифровка подписи)*