|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный № | Средний балл: |

|  |  |
| --- | --- |
| фотография | Директору  Санкт - Петербургского государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Фельдшерский колледж» Г.Н. Котовой  от  (фамилия, имя, отчество (при наличии)  проживающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать индекс, точный адрес постоянной регистрации)  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на образовательную программу среднего профессионального образования очно-заочная форма обучения (с полным возмещением затрат)

по специальности:

31.02.01. Лечебное дело – срок обучения, 3 года 10 месяцев

31.02.06 Стоматология профилактическая – срок обучения, 2 года 10 месяцев

32.02.01 Медикопрофилактическое дело– срок обучения, 2 года 10 месяцев

**Предыдущий уровень образования (указать):** □ среднее общее (11 классов); □ СПО; □ ВПО

**Среднее профессиональное образование получаю (подчеркнуть):** впервые, не впервые, закончил(а)

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

**подпись абитуриента**

Место работы (для работающих абитуриентов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальные льготы: (поставьте V в нужном  )

 Инвалид  Сирота (опека)  зона Чернобыля  Многодетные  Малообеспеченные

 Участник СВО  законный представитель, участвующий в зоне СВО Дети умерших от COVID-19 медработников

**О себе дополнительно сообщаю:**

Сведения о законных представителях (родителях, опекунах):

**Отец**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество полностью)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *место работы* |  | *должность* |  | *рабочий /моб.телефон* |

**Мать**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество полностью)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| *место работы* |  | *должность* |  | *рабочий /моб.телефон* |

**Иностранный язык (указать):** □ английский, □ немецкий, □ французский, □ другой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Нуждаюсь** в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний и обучения в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья □ да, □ нет

**Ознакомлен**(а):

с Уставом СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж», лицензией, свидетельством о государственной аккредитации, , Правилами приема в СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» на 20\_\_\_-20\_\_\_ учебный год.

***(подпись абитуриента)***

**с датой предоставления оригиналов документов на 20\_\_\_-20\_\_\_учебный год до «\_\_\_ » августа 20\_\_ г**

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

***(подпись абитуриента)***

**Ознакомлен и обязуюсь выполнять**:

Положение об использовании мобильной связью в СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж»

*(****подпись абитуриента****)*

Положение о внешнем виде студентов в СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж»

*(****подпись абитуриента***

Правила внутреннего распорядка обучающихся в СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж»

***(подпись абитуриента****)*

Положение о практическом обучении обучающихся СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж»

***(подпись абитуриента****)*

Кодекс о нормах профессиональной этики обучающихся в СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж»

***(подпись абитуриента****)*

Договор **на оказание платных услуг** между обучающимся и СПб ГБПОУ

«Фельдшерский колледж» **(при условии обучения на договорной основе)** ***(подпись абитуриента****)*

С учебным планом ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(подпись абитуриента****)*

С положением «О порядке предоставления академического отпуска, перевода, отчисления и восстановления»ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(подпись абитуриента****)*

Положение о дополнительных мерах социальной поддержки обучающихся СПб ГБПОУ

«Фельдшерский колледж» ***(подпись абитуриента****)*

Положение об отработке пропущенных теоретических и практических занятий обучающихся

СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» ***(подпись абитуриента****)*

Положение о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

СПб ГБПОУ «Фельдшерский колледж» ***(подпись абитуриента****)*

Общежитие колледж не предоставляет

***(подпись абитуриента****)*

Согласие на обработку своих персональных данных в порядке, установленным Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», разрешаю.

***(подпись абитуриента****)*

Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего ребенка в порядке, установленным Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», разрешаю.

*(****подпись родителя/опекуна****)*

**За достоверность указанных сведений и подлинность предоставленных документов я несу ответственность в соответствии с законодательством РФ \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Подпись Ф.И.О.**

Личная подпись заявителя: /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Дата \_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года.

Подпись Ф.И.О.

Документы принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Дата \_\_\_\_ \_\_\_ 20\_\_\_ года.

Подпись Ф.И.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зачислить

на специальность 31.02.01. Лечебное дело

31.02.06 Стоматология профилактическая

32.02.01 Медикопрофилактическое дело

Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Г.Н. Котова/

Приказ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_