

Председателю приемной комиссии КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»

от _____

Адрес регистрации: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять меня на обучение _____

(указать специальность/специальности и форму обучения)

О себе сообщаю следующие данные:

Фамилия, имя, отчество _____

Контактный телефон _____ Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ № _____ дата выдачи _____

выдан _____

Номер страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования _____

Сведения о предыдущем уровне образования: _____

Документ об образовании (копия): _____

серия _____ № _____ дата выдачи _____

Кем выдан: _____

Средний балл документа об образовании _____

В предоставлении общежития (подчеркнуть) Нуждаюсь Не нуждаюсь

Родители: (ФИО, телефон) _____

Изучаемый иностранный язык: _____

Документ о преимущественном/первоочередном праве приема: _____

(дата)

Подпись _____

(расшифровка)

Я, _____, подтверждаю что

(ФИО полностью)

профессиональное образование данного уровня получаю (впервые/повторно) _____

ознакомлен (а) с копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам и приложениям к ним, Уставом образовательного учреждения, правилами внутреннего распорядка _____

(подпись)

ознакомлен(а) с Правилами приема _____

ознакомлен(а) с датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) _____ (подпись)

документа об образовании и квалификации _____

(подпись)

даю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в заявлении, в _____

порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ "О _____

персональных данных". _____

(подпись)

Подпись ответственного лица приемной комиссии _____

(расшифровка)

(дата)