

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 \_\_\_\_\_

(подпись)

ознакомлен(а) с датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) \_\_\_\_\_

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)