

**Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Калмыкия  
«Калмыцкий медицинский колледж им. Т. Хахлыновой»**

Директору БПОУ РК  
«Калмыцкий медицинский  
колледж им. Т. Хахлыновой»  
В.К. Азыдову

№ \_\_\_\_\_

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____ _____	Документ, удостоверяющий личность _____ № _____ Когда и кем выдан _____ _____ _____
---	--

Адрес по прописке (с индексом) \_\_\_\_\_

Место проживания \_\_\_\_\_

телефон (дом. моб.) \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу зачислить меня в число студентов по специальности \_\_\_\_\_

по очной  очно-заочной (вечерней)  форме обучения

на места, финансируемые из бюджета  на места с полным возмещением затрат

базовой , углубленной  подготовки

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение (9 классов , 11 классов

Образовательное учреждение начального профессионального образования

Образовательное учреждение среднего профессионального образования

Образовательное учреждение высшего профессионального образования

Аттестат Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Победитель (призер) всероссийской олимпиады \_\_\_\_\_

Общежитие: нуждаюсь  не нуждаюсь

Приписное свидетельство № \_\_\_\_\_

Военный билет № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

Сведения о родителях (опекуне):

	<b>Ф.И.О.</b>	<b>Адрес</b>	<b>Место работы</b>	<b>Телефон</b>
<b>Мать</b>				
<b>Отец</b>				
<b>Опекун</b>				

Среднее профессиональное образование получаю впервые , не впервые

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

Необходимость создания специальных условий при прохождении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья: нуждаюсь  не нуждаюсь

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом колледжа, Правилами приема ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

С окончательным сроком предоставления оригинала документа об образовании \_\_\_\_\_ ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_   
дата

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

\_\_\_\_\_   
подпись законного представителя

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

В случае поступления в колледж обязуюсь ежегодно проходить медицинские осмотры и оформлять медицинскую книжку за свой счет.

\_\_\_\_\_   
подпись поступающего

Секретарь приемной комиссии

\_\_\_\_\_   
Ф.И.О.

\_\_\_\_\_   
подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.