

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

Директору БПОУ РК «Калмыцкий
медицинский колледж им.Т.Хахлыновой»
К.М. Манджиевой

№ _____

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

Адрес по прописке(синдексом) _____

Место проживания _____

Телефон (дом.моб) _____

Национальность _____

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/диплом Серия _____ № _____

Наличие договора о целевом обучении

Наличие результатов индивидуальных достижений:

-Победитель (призер) олимпиады, интеллектуального и (или) творческого конкурса

-Победитель (призер) чемпионата «Абилимпикс»

-Победитель (призер) чемпионата профессионального мастерства «Молодые профессионалы»

-Чемпион (призер) Олимпийских игр, Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр

-Чемпион мира, Европы, лица, занявшего первое место на первенстве мира, Европы по видам спорта, не включенным в программы Олимпийских игр, Паралимпийских игр и Сурдлимпийских игр

- Общежитие: нуждаюсь не нуждаюсь

Приписное свидетельство № _____

Военный билет № _____ кем выдан _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись поступающего

Сведения о родителях (Опекуне):

	Ф.И.О.	Адрес	Место работы	Телефон
Мать				
Отец				
Опекун				

Привлекались ли Вы к уголовной ответственности - Да - Нет
(если Да, то когда и за что) _____

Были ли Вы судимы - Да - Нет
(если Да, то когда и за что) _____

Состоите ли Вы на учете в ПДН (для лиц, не достигших 18 лет) - Да - Нет
(если Да, то с какого времени и за что) _____

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, Уставом колледжа, свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема ознакомлен (а) _____
Подпись поступающего

С условиями прохождения вступительных испытаний ознакомлен(а):

Подпись законного представителя

Подпись поступающего

С окончательным сроком предоставления оригинала документа об образовании ознакомлен(а) _____
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.

Подпись поступающего

Секретарь приемной комиссии _____

Ф.И.О.

Подпись

« _____ » _____ 20 _____ г.