

Ректору КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации  
специалистов здравоохранения» министерства  
здравоохранения Хабаровского края

Г.В. Чижовой

От Ф.: \_\_\_\_\_

И.: \_\_\_\_\_

О.: \_\_\_\_\_

о зачислении в ординатуру

### З А Я В Л Е Н И Е

о приеме на обучение по программе высшего образования – программе ординатуры

Прошу допустить к участию в конкурсе на обучение по программе высшего образования –  
программе ординатуры по специальности \_\_\_\_\_

Сведения о поступающем:

1.Дата рождения \_\_\_\_\_

2.Сведения о гражданстве (отсутствие гражданства) \_\_\_\_\_

3.Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, когда и кем выдан

\_\_\_\_\_

4. Сведения о документе установленного образца: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста (или выписке из итогового протокола  
заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию  
специалиста): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Сведения о сертификате специалиста (при наличии): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Условия поступления: договор об оказании платных образовательных услуг

8. Потребность в общежитии в период обучения (да, нет) \_\_\_\_\_

9. Домашний (почтовый) адрес с индексом (место прописки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9а. Место фактического проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Телефон \_\_\_\_\_

12. e-mail \_\_\_\_\_

10. Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений, которые  
учитываются приемной комиссией при зачислении:

Критерий	Кол-во баллов	Соответствие критерию
Стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования)	100 баллов	
Стипендиаты именных стипендий (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или	50 баллов	

высшего фармацевтического образования)		
Документ установленного образца с отличием	100 баллов	
Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников в период с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, подтвержденный в порядке, установленном трудовым законодательством Российской Федерации:		
- менее трех лет	50 баллов	
- три года и более	80 баллов	
- стаж работы в медицинских организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках, либо поселках городского типа, от одного года	60 баллов за первый год с увеличением веса достижения на 5 баллов за каждый последующий год стажа	
Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры: 1) Победитель научно-практической конференции (очное участие): - региональной (5 баллов) - всероссийской (7 баллов) - международной (10 баллов)  2) Победитель или призер научных конкурсов, форумов, олимпиад: - университетский (5 баллов) - региональный (7 баллов) - всероссийский, международный (10 баллов)  3) Наличие научных публикаций в изданиях: - региональных (5 баллов) - всероссийских, международных (7 баллов) - включенных в перечень журналов рекомендуемых ВАК; Web of Science, Scopus (10 баллов)  4) Наличие свидетельств о регистрации авторских прав на объект интеллектуальной деятельности (10 баллов за 1 объект)	суммарно не более 50 баллов	

13. Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучение:

- С Уставом, лицензией КГБОУ ДПО ИПКСЗ на право ведения образовательной деятельности, свидетельством КГБОУ ДПО ИПКСЗ о государственной аккредитации ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_ **подпись**

- с правилами приема в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания ознакомлен (а)

\_\_\_\_\_ **подпись**

- Согласен (на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным Законом от 27.07.2006 г. № 152 -ФЗ «О персональных данных»

\_\_\_\_\_ **подпись**

- С датой завершения представления поступающими сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг знакомлен (а)

\_\_\_\_\_

**подпись**

- Информирован(а) об ответственности за достоверность сведений, указываемых мною в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

\_\_\_\_\_

**подпись**

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

\_\_\_\_\_ **(подпись)**