

Регистрационный номер _____

Директору бюджетного профессионального образовательного учреждения
Орловской области «Орловский базовый медицинский колледж»
Труфанову Антону Сергеевичу

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

Фамилия Иванова

Имя Марина

Отчество (при наличии) Сергеевна

Дата рождения « 20 » мая 2008 г.

Документ, удостоверяющий личность паспорт

серия 5422 № 366284 когда и кем выдан 25.05.2022

УФМС России по Орловской области

Проживающего(ей) по адресу: Орловская область, г. Мценск, ул. Мира, д.3, кв.41

телефон 89200847618 e-mail: ivanova@yandex.ru

СНИЛС 123-456-289 57

Прошу принять мои документы на специальность, для обучения по которой планируется поступать в филиал №2 БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»:

Очная форма обучения (на базе основного общего образования, 9 кл.)	<input checked="" type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input checked="" type="checkbox"/>

за счет средств областного бюджета (в рамках контрольных цифр приема)	<input checked="" type="checkbox"/>
места по договорам об оказании платных образовательных услуг	<input checked="" type="checkbox"/>

О себе сообщаю следующее: окончил (а) в 2024 году:

общеобразовательную организацию	<input checked="" type="checkbox"/>
образовательное учреждение начального профессионального образования	<input type="checkbox"/>
образовательное учреждение среднего профессионального образования	<input type="checkbox"/>
другое	<input type="checkbox"/>

Аттестат серия _____ № 05724012345678,

Иностранный язык (основной): английский , немецкий , французский ,

другой , не изучал(а) . Общежитие: нуждаюсь , не нуждаюсь .

О себе дополнительно сообщаю:

индивидуальные достижения: не имею / имею (указать какие, например: наличие статуса победителя и призера в олимпиадах по биологии, химии и т.п., чемпионата «Абилимпикс»)

« 20 » _____ июня _____ 2024 г.

Иванова
Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование получаю впервые , не впервые .

Иванова
Подпись поступающего

ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:

Уставом БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

Иванова
Подпись поступающего

со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности

Иванова
Подпись поступающего

свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам и приложениями к нему

Иванова
Подпись поступающего

с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся

Иванова
Подпись поступающего

правилами приема в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж», правилами подачи апелляций ознакомлен(а)

Иванова
Подпись поступающего

датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) квалификации (не позднее 15 августа 2024 г.).

Иванова
Подпись поступающего

Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»

Иванова
Подпись поступающего

Создание специальных условий при проведении вступительного испытания в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья

нуждаюсь / не нуждаюсь

Иванова
Подпись поступающего

копию договора на целевое обучение

представляю / не представляю

Иванова
Подпись поступающего

льготы в соответствии со ст.68 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

имею / не имею

Иванова
Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

« _____ » _____ 2024 г.

Подпись ответственного лица