

Регистрационный номер _____

Директору бюджетного профессионального образовательного учреждения Орловской области «Орловский базовый медицинский колледж»
Труфанову Антону Сергеевичу
(филиал №2 БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»)

ЗАЯВЛЕНИЕ

от
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения «_____» _____ Г.
Документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ **№** _____ **когда и кем выдан** _____

Проживающего(ей) по адресу: _____

телефон _____ **e-mail:** _____

СНИЛС _____

Прошу принять мои документы на специальность, для обучения по которой планируется поступать в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»:

Очная форма обучения (на базе основного общего образования, 9 кл.)	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
за счет средств областного бюджета (в рамках контрольных цифр приема)	<input type="checkbox"/>
места по договорам об оказании платных образовательных услуг	<input type="checkbox"/>

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

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

Аттестат серия _____ № _____,

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»)

«_____» _____ 2024 г.

Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование получаю

впервые , не впервые .

Подпись поступающего

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

Уставом БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

сведениями о дате предоставления и регистрационном номере государственной аккредитации образовательной деятельности по реализуемым образовательным программам

Подпись поступающего

с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

нуждаюсь / не нуждаюсь

Подпись поступающего

копию договора (заявки) на целевое обучение

представляю / не представляю

Подпись поступающего

отношусь к лицам, имеющим право преимущественного приёма (ч.4 ст.68 ФЗ "Об образовании в Российской Федерации")

да / нет

Подпись поступающего

отношусь к лицам, имеющим право первоочередного приёма (ч.4 ст.68 ФЗ "Об образовании в Российской Федерации")

да / нет

Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

«_____» _____ 2024 г.

Подпись ответственного лица