

Регистрационный номер _____

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

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 филиал №2 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», «Ворлдскиллс Россия», «Ворлдскиллс Европа» и т.п.)

« ____ » _____ 2023 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

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

правилами приема в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский
колледж», правилами подачи апелляций

Подпись поступающего

датой предоставления оригинала документа об образовании и
(или) квалификации (**не позднее 15 августа 2023 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 на целевое обучение

представляю / не представляю

Подпись поступающего

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

имею / не имею

Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

«_____» _____ 2023 г.

Подпись ответственного лица