

Регистрационный номер _____

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

от

Фамилия ВАСИЛЬЕВОЙ

Имя МАРИНЫ

Отчество (при наличии) ПАВЛОВНЫ

Дата рождения « 22 » ОКТЯБРЯ 2007 г.

Документ, удостоверяющий личность ПАСПОРТ

серия 5414 № 289736 когда и кем выдан УМВД РОССИИ

ПО ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В Г. МЦЕНСКЕ

Проживающего(ей) по адресу: ОРЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г. МЦЕНСК,
УЛ.КАТУКОВА, Д.3, КВ.28

телефон 89154321647

e-mail: VMPN@YANDEX.RU

СНИЛС 654-689-789 23

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 type="checkbox"/>

О себе сообщаю следующее: окончил (а) в 2023 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 _____ № 23654785232145

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.)

« 10 » ИЮЛЯ 2023 г.

ВАСИЛЬЕВА
Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование получаю

впервые , не впервые .

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

Уставом БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) квалификации (**не позднее 15 августа 2023 г.**).

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

нуждаюсь / не нуждаюсь

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

копию договора на целевое обучение

представляю / не представляю

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

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

имею / не имею

ВАСИЛЬЕВА

Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

«_____» _____ 2023 г.

Подпись ответственного лица