

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 Иванова

Имя Марина

Отчество (при наличии) Сергеевна

Дата рождения « 20 » мая 2009 г.

Документ, удостоверяющий личность паспорт

серия 5423 № 366284 когда и кем выдан _____

УМВД 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 БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»:

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

О себе сообщаю следующее: окончил (а) в 2025 году:

общеобразовательную организацию	☒
образовательное учреждение начального профессионального образования	☐
образовательное учреждение среднего профессионального образования	☐
другое	☐

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 2025 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»
со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере
лицензии на осуществление образовательной деятельности
сведениями о дате предоставления и регистрационном номере
государственной аккредитации образовательной деятельности по
реализуемым образовательным программам
с образовательными программами и другими документами,
регламентирующими организацию и осуществление образовательной
деятельности, права и обязанности обучающихся
правилами приема в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский
колледж», правилами подачи апелляций ознакомлен(а)
датой предоставления оригинала документа об образовании и (или)
квалификации (**не позднее 15 августа 2025 г.**).

Иванова

Подпись поступающего

Иванова

Подпись поступающего

Иванова

Подпись поступающего

Иванова

Подпись поступающего

Иванова

Подпись поступающего

Иванова

Подпись поступающего

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 (заявки) на целевое обучение
представляю ☐ / не представляю ☒

Иванова

Подпись поступающего

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

да ☐ / нет ☒

Иванова

Подпись поступающего

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

да ☐ / нет ☒

Иванова

Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

« _____ » _____ 2025 г.

Подпись ответственного лица