

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.)	☐
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 _____ году:

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

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»)

« _____ » _____ 2025 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 2025 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

« _____ » _____ 2025 г.

Подпись ответственного лица