|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №\_\_\_\_  Средний балл \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Зачислить  По специальности 34.02.01 Сестринское дело  Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Ю.Кошель  Приказ №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГАОУ СПО РК «Керченский медицинский колледж им. Г.К.Петровой» Кошелю И.Ю.  Абитуриента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  проживающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать индекс, точный адрес постоянной регистрации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем и когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу принять мои документы для поступления на очную форму обучения по **специальности 34.02.01 Сестринское дело**, срок освоения образовательной программы 2 года 10 месяцев

**Форма обучения (подчеркнуть):**

- за счет бюджетных ассигнований Республики Крым;

- на места по договорам об оказании платных образовательных услуг.

**О себе сообщаю следующее:**

Число, месяц, год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иностранный язык \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование основное общее,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование учебного заведения, год окончания)

**Среднее профессиональное образование получаю (подчеркнуть)**

- впервые; - не впервые, закончил (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Социальный статус**: сирота, под опекой, инвалид, прочие льготы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подчеркнуть)

**Общежитие:** требуется, не требуется (нужное подчеркнуть)

Сведения о родителях:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ФИО | Контактный телефон |
| Мама |  |  |
| Папа |  |  |

С лицензией на право образовательной деятельности в сфере профессионального образования Министерства образования, науки и молодежи Республики Крым от 25.02.2016 г. № 0083 и сертификата об аккредитации специальностей Министерства образования, науки и молодежи Республики Крым от 22.05.2017 г. серия 82А01 № 0000219, с Правилами приема, Уставом и Правилами внутреннего распорядка ГАОУ СПО РК «Керченский медицинский колледж им. Г.К.Петровой» ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись абитуриента)

За достоверность указанных сведений и подлинность предоставленных документов я несу ответственность в соответствии с законодательством РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Согласие на обработку своих персональных данных в порядке, установленном ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» разрешаю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

С датой предоставления оригинала документа об образовании ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись).

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. Личная подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Документы приняты:**

Ответственный секретарь ПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.М. Логойда Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_ 2023 г.