

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору бюджетного профессионального образовательного учреждения  
Орловской области «Орловский базовый медицинский колледж»  
Орлову Виктору Васильевичу

### 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: \_\_\_\_\_

Прошу принять мои документы на специальность, для обучения по которой планируется поступать в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»:

<b>Очная форма обучения</b> (на базе основного общего, 9 кл.)	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
33.02.01 Фармация, квалификация: фармацевт	<input type="checkbox"/>
31.02.03 Лабораторная диагностика, квалификация: медицинский лабораторный техник	<input type="checkbox"/>
<b>Очная форма обучения</b> (на базе среднего общего, 11 кл.)	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
<b>Очно-заочная форма обучения</b> (на базе среднего общего, 11 кл.)	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<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  / диплом  серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
Иностранный язык: 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», «Молодые профессионалы» (Ворлдскиллс Россия)) и т.п.)

---

---

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 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*

лицензией на право осуществления образовательной деятельности  
и приложениями к ней

\_\_\_\_\_  
*Подпись поступающего*

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

\_\_\_\_\_  
*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 2021 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*

Подпись ответственного лица приемной комиссии

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

\_\_\_\_\_  
*Подпись ответственного лица*