

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

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

### 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»:

<b>Очная форма обучения</b> (на базе основного общего образования, <b>9 кл.</b> )	<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"/>
31.02.02 Акушерское дело, квалификация: акушер/акушерка	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
<b>Очная форма обучения</b> (на базе среднего общего образования, <b>11 кл.</b> )	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
<b>Очно-заочная форма обучения</b> (на базе среднего общего образования, <b>11 кл.</b> )	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
<b>за счет средств областного бюджета (в рамках контрольных цифр приема)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>места по договорам об оказании платных образовательных услуг</b>	<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  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»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 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 2024 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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

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