

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

от

Фамилия Иванов

Имя Иван

Отчество (при наличии) Иванович

Дата рождения «01» марта 2007.г

Документ, удостоверяющий личность Паспорт РФ

серия 2510 № 030405 когда и кем выдан 01.03.2021

Межрайонным отделом УФМС России по Орловской области

Проживающего(ей) по адресу: г. Орел ул. Цветаева д.15 кв.12

телефон 89008007080

e-mail: Ivan@yandex.ru

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 checked="" type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

О себе сообщаю следующее: окончил (а) в \_\_\_\_\_ году:

общеобразовательную организацию	<input checked="" type="checkbox"/>
образовательное учреждение начального профессионального образования	<input type="checkbox"/>
образовательное учреждение среднего профессионального образования	<input type="checkbox"/>
другое	<input type="checkbox"/>

Аттестат  серия 5605 № 1235620,

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 2024 г.

Иванов

Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование получаю

впервые , не впервые .

Иванов

Подпись поступающего

ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:

Уставом БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

Иванов

Подпись поступающего

со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности

Иванов

Подпись поступающего

сведениями о дате предоставления и регистрационном номере государственной аккредитации образовательной деятельности по реализуемым образовательным программам

Иванов

Подпись поступающего

с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся

Иванов

Подпись поступающего

правилами приема в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж», правилами подачи апелляций ознакомлен(а)

Иванов

Подпись поступающего

датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) квалификации (не позднее 15 августа 2024 г.).

Иванов

Подпись поступающего

Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»

Иванов

Подпись поступающего

Создание специальных условий при проведении вступительного испытания в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья

нуждаюсь  / не нуждаюсь

Иванов

Подпись поступающего

копию договора (заявки) на целевое обучение

представляю  / не представляю

Иванов

Подпись поступающего

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

да  / нет

Иванов

Подпись поступающего

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

да  / нет

Иванов

Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

Подпись ответственного лица