

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, 9 кл.)	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<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»)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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»  
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

\_\_\_\_\_  
*Подпись поступающего*

нуждаюсь  / не нуждаюсь

копию договора (заявки) на целевое обучение

\_\_\_\_\_  
*Подпись поступающего*

представляю  / не представляю

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

\_\_\_\_\_  
*Подпись поступающего*

да  / нет

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

\_\_\_\_\_  
*Подпись поступающего*

да  / нет

\_\_\_\_\_  
*Подпись поступающего*

Подпись ответственного лица приемной комиссии

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

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