|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1к Положению о порядке проведения конкурса(вступительных испытаний) для прохожденияподготовки в клинической ординатурев государственных учреждениях и организациях,осуществляющих подготовку в клиническойординатуре, порядке приема лиц, прошедшихконкурс (вступительные испытания) |

Форма

|  |  |
| --- | --- |
|  | Председателю приемной (конкурсной) комиссии |
|  |
| *(наименование государственного медицинского учреждения* |
|  |
| *(медицинского университета), осуществляющего подготовку* |
|  |
| *в клинической ординатуре)* |
|  |
| *(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)* |
| проживающего(ей) по адресу: |  |
|  |
| *(индекс)* |
|  |
| Телефоны: домашний |  |
| служебный |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к  участию в  конкурсе (вступительных испытаниях) для

|  |  |
| --- | --- |
| прохождения подготовки в клинической ординатуре по специальности |  |
|  |
| *(наименование специальности)* |
| в |  | форме |
|  | *(очная, заочная)* |  |

О себе сообщаю следующие сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| число, месяц, год рождения |  |
|  | *(место работы,* |
|  |
| *занимаемая должность служащего)* |
|  |
| трудовой стаж по профилю избранной специальности |  | лет |  | месяцев (полных) |

нуждаюсь в общежитии (да, нет)

|  |  |
| --- | --- |
| имею право на преимущественное зачисление |  |
| данные документа, удостоверяющего личность |  |
|  | *(серия (при наличии), номер, дата выдачи,* |
|  |
| *наименование (код) государственного органа, его выдавшего, идентификационный номер (при наличии)* |

С порядком приема лиц для прохождения подготовки в клинической ординатуре и порядком подачи апелляции при несогласии с результатами вступительных испытаний ознакомлен(а).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 20 |  | г. |  |  |
| *(дата заполнения заявления)* | *(подпись)* |