

государственное автономное профессиональное образовательное учреждение  
"Волгоградский медицинский колледж"

Директору ГАПОУ  
"Волгоградский медицинский колледж"  
к.м.н. Г.Е. Генераловой

№ \_\_\_\_\_

Фамилия _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Имя _____	№ _____
Отчество (при наличии) _____	Когда и кем выдан _____
Дата рождения _____	_____
	_____

### Заявление

Прошу принять меня на обучение в ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж" по специальности \_\_\_\_\_

по очной  очно-заочной (вечерней)  форме обучения

на места финансируемые из бюджета ,

на места по договорам с оплатой стоимости обучения

#### О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение

9 классов  11 классов

Образовательное учреждение среднего профессионального образования  
с освоением программы квалифицированных рабочих и служащих

Образовательное учреждение среднего профессионального образования  
с освоением программы подготовки специалистов среднего звена

Другое образовательное учреждение  \_\_\_\_\_

Аттестат  / диплом  Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

В общежитии: нуждаюсь  не нуждаюсь

Наличие договора о целевом обучении

Наличие результатов индивидуальных достижений

(в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2015 №1239 "Об утверждении Правил выявления детей, проявивших выдающиеся способности, сопровождения и мониторинга их дальнейшего развития ")

Наличие статуса победителя и призера чемпионата "Абилимпикс"

Наличие статуса победителя и призера чемпионата WorldSkills Russia

Среднее профессиональное образование получаю впервые  \_\_\_\_\_

подпись

Необходимость создания специальных условий при прохождении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья

С Уставом колледжа, копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации, с образовательными программами, правилами внутреннего распорядка и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся (в том числе через информационные системы) ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

подпись

С датой предоставления оригинала документа об образовании:

- для специальностей "Стоматология ортопедическая", "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело" до 14 августа, ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

подпись

- для специальности "Лабораторная диагностика" до 15 августа, ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

подпись

Согласен(на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" \_\_\_\_\_

подпись

ф.и.о.

Секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_

подпись

ф.и.о.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.