

Регистр. номер № _____

**Директору Государственного бюджетного
профессионального образовательного учреждения
Департамента здравоохранения города Москвы
«Медицинский колледж № 6» (ГБПОУ ДЗМ «МК № 6»)
Ю.Р. Абуталипову
от поступающего**

Фамилия	
Имя	
Отчество (при наличии)	
Дата рождения	
Гражданство	
Документ удостоверяющий личность	Серия _____ Номер _____
Когда и кем выдан	
Код подразделения	
Телефон	
Адрес электронной почты	
Адрес регистрации по месту жительства	
Адрес фактического проживания	
Сведения о документе об образовании и (или документе об образовании и квалификации)	Серия _____ Номер _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня в ГБПОУ ДЗМ «МК № 6» на обучение по основной образовательной программе среднего профессионального образования (нужное отметить):

Специальность		Очная форма обучения		Очно-заочная форма обучения	
<input type="checkbox"/>	34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями по зрению)	<input type="checkbox"/>	За счет бюджетных ассигнований города Москвы	-	-
<input type="checkbox"/>	34.02.01 Сестринское дело	<input type="checkbox"/>	За счет бюджетных ассигнований города Москвы	-	-
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	По договору об оказании платных образовательных услуг	<input type="checkbox"/>	По договору об оказании платных образовательных услуг
<input type="checkbox"/>	31.02.02 Акушерское дело	<input type="checkbox"/>	За счет бюджетных ассигнований города Москвы	-	-
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	По договору об оказании платных образовательных услуг	<input type="checkbox"/>	По договору об оказании платных образовательных услуг

Предыдущий уровень образования (нужное отметить):

- Среднее общее (11 классов) _____ год окончания;
- Среднее профессиональное образование по программе подготовки специалистов среднего звена _____ год окончания;
- Среднее профессиональное образование по программе подготовки квалифицированных рабочих, служащих _____ год окончания;
- Начальное профессиональное _____ год окончания.

Документ, подтверждающий инвалидность или ОВЗ _____
Профессиональное образование данного уровня получаю впервые (нужное отметить):

Да Нет

Необходимы особые условия при сдаче вступительного испытания психологической направленности:

Да Нет

Индивидуальные достижения (название конкурса/конференции, спортивных соревнований, статус наград, год получения)

<p>➤ С Уставом ГБПОУ ДЗМ «МК № 6»;</p> <p>➤ Лицензией на осуществление образовательной деятельности и приложением к лицензии;</p> <p>➤ Свидетельством о государственной аккредитации и приложением к свидетельству;</p> <p>➤ Правилами приема в ГБПОУ ДЗМ «МК № 6»;</p> <p>➤ Программами подготовки специалистов среднего звена;</p> <p>➤ Правами и обязанностями обучающегося;</p> <p>➤ Документами, регламентирующими организацию образовательного процесса;</p> <p>➤ Правилами внутреннего распорядка обучающихся ГБПОУ ДЗМ «МК № 6».</p> <p>ОЗНАКОМЛЕН(А):</p>	<p>_____</p> <p>(подпись)</p>
<p>➤ 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.02 Акушерское дело (очная форма обучения) не позднее 10 августа</p> <p>➤ 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.02 Акушерское дело (очно-заочная форма обучения) не позднее 15 августа</p> <p>➤ 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению) не позднее 15 августа</p> <p>С датами завершения предоставления поступающими оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации (с приложениями) ОЗНАКОМЛЕН(А):</p>	<p>_____</p> <p>(подпись)</p>
<p>➤ СОГЛАСЕН(НА) на обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152 – ФЗ «О персональных данных»</p>	<p>_____</p> <p>(подпись)</p>

ДОКУМЕНТЫ ПРИНЯЛ:

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

«_____» _____ 2022 г.

Ответственный секретарь приёмной комиссии:

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Поступающий:

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Законный представитель:

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

«_____» _____ 2022 г.