

**Регистрация заявления:****Регистрационный номер** \_\_\_\_\_Ответственный секретарь  
приемной комиссии \_\_\_\_\_

(присваивается приемной комиссией)

/

**Директору  
ГБПОУ ДЗМ «МК № 2»  
О.В. Алекперовой****От**

Фамилия _____	Адрес регистрации: по месту жительства _____
Имя _____	
Отчество (при наличии) _____	по месту пребывания _____
Дата рождения _____ Гражданство _____	
Документ, удостоверяющий личность _____	Контактный телефон _____
Серия _____ № _____ Дата выдачи _____	
Кем выдан _____	Email _____
_____	СНИЛС _____
_____	

**Заявление**

Прошу принять меня на обучение по программе подготовки специалистов среднего звена по специальности  
**(выбрать приоритет или выбрать нужное)**

 **31.02.01 Лечебное дело, форма обучения - очная** со сроком обучения **2 года 10 месяцев**
 **34.02.01 Сестринское дело, форма обучения – очная** со сроком обучения **1 год 10 месяцев**

тип финансирования – **бюджетная основа** (за счет бюджетных ассигнований бюджета города Москвы)

О себе сообщаю следующее:

Имею базовое образование *(нужное подчеркнуть)*:

**среднее общее (11 классов образования) / начальное профессиональное**

документ об образовании *(нужное подчеркнуть)*: **Аттестат / Диплом** серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Индивидуальные достижения: имею  / не имею

<b>УВЕДОМЛЕНИЯ И СОГЛАСИЯ</b>	<b>Подпись поступающего</b>
Среднее профессиональное образование по программам подготовки специалистов среднего звена получаю впервые <input type="checkbox"/> , не впервые <input type="checkbox"/>	
С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и Уставом колледжа ознакомлен(-а)	
С Правилами приема на обучение в 2023/2024 учебном году ознакомлен(-а)	
С рекомендованными сроками предоставления оригинала документа об образовании <b>(до 10 августа 2023 года)</b> ознакомлен(-а)	
О необходимости прохождения обязательных предварительных медицинских осмотров (обследований) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности, профессии или специальности по списку специальностей и предоставления личной медицинской книжки с внесенными в нее результатами пройденного медицинского осмотра уведомлен(-а) и согласен (согласна)	
О необходимости всем лицам, поступающим на обучение в колледж для получения медицинского образования, в обязательном порядке проходить вакцинацию в соответствии с национальным календарем профилактических прививок уведомлен(-а) и согласен (согласна)	
Об обучении по всем адресам при осуществлении образовательной деятельности колледжа (Главный корпус – ул. Ярославская д.17, к.2; Структурное подразделение № 1 – ул. Большая Остроумовская, д.12, к.1; Структурное подразделение № 2 – ул. Барболина, д.3,к.16; Структурное подразделение № 3 – ул. Барболина, д.3,к.14), в соответствии с расписанием учебных занятий, уведомлен(-а) и согласен (согласна)	
Об организации образовательного процесса колледжем по очной форме обучения в две смены (окончание 2-й смены в 19 ч. 10 мин.) при 6-ти дневной учебной неделе уведомлен(-а) и согласен (согласна)	

Дата подачи заявления « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Подпись, ФИО поступающего)

**Фамилия Имя Отчество** (последнее при наличии) **родителей/законных представителей (для лиц младше 18-ти лет обязательно к заполнению):**

Отец/Мать: \_\_\_\_\_

Законный представитель \_\_\_\_\_

Согласен (согласна) на получение образования по выбранной специальности моего несовершеннолетнего ребенка

Контактный телефон: +7 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Подпись, ФИО родителя/законного представителя)

Технический секретарь приемной комиссии \_\_\_\_\_

2023 г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /