

Регистрационный номер _____

**Директору ГБУЗ «Научно-практический центр
детской психоневрологии Департамента
здравоохранения города Москвы» Батышевой Т.Т.**

от

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность, _____
Отчество _____	№ _____
Дата рождения _____	Когда и кем выдан: _____
Место рождения _____	_____
_____	СНИЛС _____

Проживающего (ей) по адресу: _____

телефон _____ e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на направление/специальность подготовки _____

по очной (дневной) , очно-заочной (вечерней) форме обучения
на места, финансируемые за счет средств бюджета города Москвы (бесплатная основа) ,
на места с полным возмещением затрат (платная основа)

Первичную аккредитацию прошел баллы первичной аккредитации _____

Первичную аккредитацию не прошел ,

Прошу допустить меня к первичной аккредитации по следующей программе: _____

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в _____ году образовательное учреждение высшего профессионального образования;

Диплом

Серия _____, № _____, кем и когда выдан _____

Иностранный язык: английский , немецкий , французский ,

другой , не изучал

При поступлении имею следующие льготы (особые права) _____

Документ, предоставляющий право на льготы (особые права) _____

Необходимости создания условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью _____

Общежитие: нуждаюсь , не нуждаюсь

Наличие опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе _____

О себе дополнительно сообщаю: _____

Наличие/отсутствие неисполненных обязательств по договорам о целевом обучении (нужное подчеркнуть)

Вышеуказанные сведения подтверждаю. Ознакомлен(а) с тем, что за предоставление подложных документов и недостоверных сведений несу ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ. _____
(подпись поступающего)

Получение высшего образования данного уровня впервые _____
(подпись поступающего)

С копией лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере профессионального образования серия 90Л01 №0008564 от 13.07.2015 г., регистрационный №1559 и свидетельством о государственной аккредитации 90А01 0002955, регистрационный номер № 2817 от 25.04.2018 г., выданный Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки ознакомлен(а) _____
(подпись поступающего)

С Уставом и Правилем внутреннего распорядка ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» ознакомлен(а) _____
(подпись поступающего)

С датой предоставления подлинника документа об образовании, датой завершения приема документа об образовании (согласия на зачисление) ознакомлен(а) _____
(подпись поступающего)

С правилами приема, в том числе правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний ознакомлен(а) _____
(подпись поступающего)

Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных, в том числе: фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографии, образца личной подписи, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N31, ст. 3451).

В случае поступления в ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» согласен с передачей вышеуказанных данных в информационные системы, базы и банки данных управления контингентом и персоналом с их последующей обработкой согласно действующему Законодательству РФ. _____
(подпись поступающего)

Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучение _____

_____ (подпись поступающего)

Подпись ответственного лица приемной комиссии: _____

« _____ » _____ 202__ г.