Директору

ФБУН НИИ эпидемиологии

и микробиологии имени Пастера,

академику РАН, профессору

Тотоляну Арегу Артемовичу

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*фамилия, имя, отчество*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата рождения)*

*гражданство*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*СНИЛС*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Адрес постоянной регистрации*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Адрес фактического проживания*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*документ, удостоверяющий личность*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия, номер, кем и когда выдан)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(учреждение, должность /при наличии/)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Мобильный тел.*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*e-mail*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

## Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на право поступления в аспирантуру по научной специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## *(шифр и наименование специальности)*

## по очной форме обучения

## в рамках контрольных цифр приема / по договору об оказании платных образовательных услуг.

## *(нужное подчеркнуть)*

Предыдущий уровень образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(высшее – специалитет/магистратура)*

Документ об образовании:

Диплом\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(серия) (номер) (наименование ВУЗа)*

Решением Государственной аттестационной комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(дата выдачи диплома)*

присуждена квалификация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(да / нет, при наличии приложить)*

Владею иностранным языком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать каким)*

Подтверждаю получение данного уровня высшего образования в рамках контрольных цифр приема впервые.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Подтверждаю отсутствие диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры) или диплома кандидата наук (при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний (для граждан с ограниченными возможностями здоровья)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(****да/нет****, при наличии приложить документ, подтверждающий ограниченные возможности здоровья или инвалидность)*

**Ознакомлен:**

* с лицензией на право осуществления образовательной деятельности (с приложением);
* с копией свидетельства о государственной аккредитации (с приложением);
* порядком приема и условиями обучения в НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера;
* с правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний;
* с Этическим кодексом обучающихся медицине;
* с датой завершения представления оригинала диплома специалиста (магистра) / согласия на зачисление

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Обязуюсь представить документ об образовании установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если поступающий не представляет указанный документ при подаче заявления о приеме)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Указать способ возврата оригиналов поданных документов в случае непоступления на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(оригиналы поданных документов прошу вернуть лично/доверенному лицу/иным способом)*

**Согласен** на обработку моих персональных данных, содержащихся в представленных документах и материалах в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 ФЗ № 152-Ф3 «О персональных данных», с размещением информации о результатах рассмотрения документов и прикреплении на сайте ФБУН НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера и с использованием персональных данных в электронных системах обработки информации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Достоверность сведений, указанных в заявлении, и подлинность документов подтверждаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (фамилия, имя, отчество)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.