|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Директору  Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения  «Златоустовский медицинский техникум»  **Ивановой Ю.В.** |

От:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( указать адрес постоянной регистрации)

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

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас допустить меня к участию в конкурсе на обучение в ГБПОУ «ЗМТ» по избранной специальности в приоритетном порядке:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по очной □ форме обучения

базовый уровень □ на места, финансируемые из областного бюджета □, на места с полным возмещением затрат □

**О себе сообщаю следующее:**

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

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

образовательное учреждение начального профессионального образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

образовательное учреждение среднего профессионального образования (другое)

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

Аттестат □ / диплом Серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­г.

Медаль (аттестат, диплом «с отличием») □

Победитель всероссийских олимпиад (член сборной) □

Трудовой стаж (если есть): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес.

Иностранный язык: английский □, немецкий □, другой □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, не изучал(а) □

О себе дополнительно сообщаю:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**в т.ч.: являюсь ребенком-инвалидом □, инвалидом с детства □, инвалидом \_\_\_\_\_ группы по заболеванию** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

(подпись поступающего)

**Среднее профессиональное образование получаю впервые □, не впервые □** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

Даю согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

**В случае не поступления в ГБПОУ «ЗМТ», обязуюсь забрать предоставленные мной в приёмную комиссию ксерокопии документов в срок до «\_\_\_» августа 20\_\_\_года, а по истечении этого срока согласен (согласна) на уничтожение ксерокопий вышеуказанных документов. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись поступающего)

|  |
| --- |
| С Уставом образовательного учреждения, Правилами внутреннего распорядка, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Правилами приема и условиями обучения в ГБПОУ «ЗМТ», правилами подачи апелляций ознакомлен (а). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись поступающего) |

Оригинал документа об образовании должен быть представлен в приемную комиссию не позднее **« \_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

**В случае поступления в ГБПОУ «ЗМТ», обязуюсь ежегодно проходить медицинские осмотры и оформлять медицинскую книжку за свой счет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

**Примечание:**

Приписное удостоверение: серии \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

ВК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Военный билет: серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

ВК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о родителях:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **мать** | **отец** | **опекун**  **(или другой родственник)** |
| **Фамилия** |  |  |  |
| **Имя** |  |  |  |
| **Отчество** |  |  |  |
| **Дата рождения** |  |  |  |
| **Телефон** |  |  |  |
| **e-mail ВК** |  |  |  |
| **Домашний дрес** |  |  |  |
| **Примечание** |  |  |  |

Дети (если есть у абитуриента,

указать имя и дату рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ответственного лица приемной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г (расшифровка подписи)