Директору

Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»)

Е.И. Аксеновой

|  |  |
| --- | --- |
| От  |  |
| Гражданство |  | дата рождения: |  |
| **Паспорт:** серия  |  | № |  | дата выдачи: |  |
| кем выдан: |  |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и принять на обучение в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» по образовательной программе высшего образования – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» на места по договорам об оказании платных образовательных услуг

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Направление подготовки\_\_32.06.01 Медико-профилактическое дело\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Направленность (профиль)\_\_14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Форма обучения

|  |  |
| --- | --- |
| заочная |  |

 |
| Сдаю вступительный экзамен по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_языку.О себе сообщаю следующие сведения: |
| Учебное заведение, где получено предыдущее образование | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Уровень образования: специалитет магистратура

Диплом об образовании: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальные достижения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (при наличии)

Высшее образование данного уровня получаю **впервые** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

|  |  |
| --- | --- |
| **Адрес регистрации (по паспорту)** | **Адрес фактического проживания** |
| Государство | Государство |
| Индекс | Индекс |
| Область (край, респ.) | Область (край, респ.) |
| Район | Район |
| Город (село, дер., пос) | Город (село, дер., пос) |
| Улица | Улица |
| Дом Корп. Кв. | Дом Корп. Кв. |
| **Телефон:** |  | **E-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Подпись абитуриента** |  |
| Сведения о необходимости создании специальных условий для проведения вступительныхиспытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью: |
|  |  |  |
| (наименование вступительного испытания) |  | (спец. условие) |

**В случае непоступления на обучение** прошу возвратить поданные документы *лично/через операторов почтовой связи общего пользования* (нужное подчеркнуть).

|  |  |
| --- | --- |
|  Я, |  |
|  | (Ф.И.О.) |

* ознакомлен с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
* проинформирован об отсутствии у ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» свидетельства о государственной аккредитации;
* ознакомлен с Правилами приема в аспирантуру ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», с правилами подачи апелляций по результатам вступительных испытаний, проводимых ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» самостоятельно;
* даю согласие ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» на обработку и использование моих персональных данных;
* проинформирован об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении, и за подлинность документов, подаваемых при поступлении;
* обязуюсь представить документ установленного образца не позднее для завершения приема документов установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме).

|  |  |
| --- | --- |
|  **Подпись поступающего** |  |

**К заявлению прилагаю:**

1.Копию документа, удостоверяющего личность и гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Две фотографии.

3. Результаты индивидуальных достижений (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.  **Подпись посступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Заявление проверил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (подпись) (Ф.И.О. сотрудника ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»)