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»)