

государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
"Волгоградский медицинский колледж"

Директору ГБПОУ
"Волгоградский медицинский колледж"
к.с.н. Т.В. Силкиной

№ _____

Фамилия _____	Документ, удостоверяющий личность
Имя _____	_____ № _____
Отчество (при наличии) _____	Когда и кем выдан _____
Дата рождения _____	_____

Заявление

Прошу принять меня на обучение в ГБПОУ "Волгоградский медицинский колледж" по специальности _____

по очной очно-заочной (вечерней) форме обучения

на места финансируемые из бюджета ,

на места по договорам с оплатой стоимости обучения

О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в _____ году общеобразовательное учреждение

Образовательное учреждение начального профессионального образования

Образовательное учреждение среднего профессионального образования

Другое _____

Аттестат / диплом Серия _____ № _____

В общежитии: нуждаюсь не нуждаюсь

Среднее профессиональное образование получаю впервые _____

подпись

Необходимость создания специальных условий при прохождении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья

С Уставом колледжа, копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся (в том числе через информационные системы) ознакомлен (а) _____

подпись

С датой предоставления оригинала документа об образовании:

- для специальностей "Стоматология ортопедическая", "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело" до 12 августа, ознакомлен (а) _____

подпись

- для специальности "Лабораторная диагностика" до 15 августа, ознакомлен (а) _____

подпись

Согласен(на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" _____

подпись

ф.и.о.

Секретарь приемной комиссии _____

подпись

ф.и.о.

" ____ " _____ 20__ г.