|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы****«Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии –****Клиника доктора Рошаля» Департамента здравоохранения города Москвы** |

 |
| «Допустить к вступительным испытаниям»«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025г.Директор ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» \_\_\_\_\_\_\_\_Брянцев А.В.От | Директору ГБУЗ «НИИ НДХиТ –Клиника доктора Рошаля»Брянцеву А.В. |
| Фамилия | Гражданство |
| Имя | Документ, удостоверяющий личность |
| Отчество | Паспорт |
| Дата рождения | серия |  № |
| Место рождения | Когда и кем выдан: |
| СНИЛС |
| Проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Адрес электронной почты: |  |
| **З А Я В Л Е Н И Е (личное дело №\_\_\_\_\_)** |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные направления подготовки (специальности) в ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» в порядке приоритетности поступления по различным условиям поступления: |
| **№ п.п.** | **Направление подготовки (специальность)** | **Основание поступления\*** | **Условия поступления\*\*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| \* Для каждого направления подготовки (специальности) указать основание поступления: Полное возмещение затрат (ПО), За счет бюджета г.Москвы (БМ)\*\* Условия поступления: на общих основаниях/квота г.Москвы |
| Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний на русском языке: |
| Наименование предмета (Дисциплина по специальности диплома) | Специальные условия |
|  |  |
|  |
| Прошу учесть в качестве вступительных испытаний:1. Результаты аккредитации специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (специальность) (год) (подпись)2. Тестирование в ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» при поступлении в ординатуру либо в другом образовательном учреждении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)**О себе сообщаю следующее:**Окончил(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  (образовательное учреждение)в \_\_\_\_\_\_\_\_ году |
| Диплом: | Серия \_\_\_\_\_\_\_\_  | № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Дата выдачи | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Свидетельство об аккредитации специалиста:  | серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Сертификат специалиста по специальности: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Мне необходимы специальные условия при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать условия) |
| **Сведения о наличии индивидуальных достижений:**

|  |  |
| --- | --- |
| а) стипендиаты Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) |  |
| б) наличие документа о высшем медицинском образовании и(или) высшем фармацевтическом образовании с отличием |  |
| в) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящем в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий |  |
| г) наличие общего стажа работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности), подтверждённого в установленном порядке, (если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась начиная с зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования), за исключением времени нахождения в отпуске по беременности и родам и отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет: |  |
| - от 9 месяцев в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству) |  |
| - от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки по основному месту работы либо при работе по совместительству) |  |
| - от 9 месяцев до полутора лет в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы) |  |
| - от полутора лет и более в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (не менее 1,0 ставки по основному месту работы) |  |
| д) дополнительно к баллам, предусмотренным подпунктом «г» настоящего пункта, работа в указанных в подпункте «г» настоящего пункта должностях не менее 9 месяцев в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках |  |
| е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал" в области медицины и здравоохранения |  |
| ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольчества (волонтерства) |  |
| з) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов |  |
| и) осуществление трудовой деятельности в должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанные деятельность и (или) практическая подготовка включали в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней |  |
| к) поступление на обучение в рамках целевой квоты по договору о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, предусматривающему освоение образовательной программы высшего образования следующего уровня, после завершения освоения основной образовательной программы высшего образования в соответствии с договором о целевом обучении по образовательной программе высшего образования, ранее заключенным между поступающим и тем же федеральным государственным органом, органом государственной власти субъекта Российской Федерации, органом местного самоуправления, юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем |  |
| л) иные индивидуальные достижения, установленные правилами приема на обучение по программам ординатуры в ГБУЗ «НИИ НДХиТ - Клиника доктора Рошаля»- лица, проработавшие в ГБУЗ «НИИ НДХиТ - Клиника доктора Рошаля» на должностях среднего медицинского персонала не менее 1 года |  |

 |
| **Ознакомлен (а)**- с лицензией на осуществление образовательной деятельности (с приложением) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| - со свидетельством о государственной аккредитации (с приложением) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| - с Правилами приема в ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля», в т.ч. с правилами подачи апелляций | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| - с датой завершения приема документа установленного образца  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных, в том числе: фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографии, образца личной подписи, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» В случае поступления в ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» согласен с передачей вышеуказанных данных в информационные системы, базы ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» с их последующей обработкой согласно действующему законодательству РФ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| **Подтверждаю** достоверность сведений в заявлении о себе | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| Подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (для поступающих по квоте г. Москвы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись поступающего) |
| **Обязуюсь** представить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документов установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме). | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. | (Подпись поступающего) |
| Подпись ответственного лица приемной комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (Подпись ответственного лица) |