

Регистрационный номер
заявления

Председателю приемной комиссии,
ректору ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России
Лужанину Владимиру Геннадьевичу

(заполняется работником
Приемной комиссии)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже)

_____ серия _____ № _____ , _____
(наименование документа, удостоверяющего личность) код подразделения

(кем выдан)

_____, « _____ » _____ г.
дата выдачи

Дата рождения « _____ » _____ г. Гражданство (страна) _____

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

Основной контактный номер телефона +7 _____ Доп. номер телефона _____

Адрес по месту регистрации: Индекс _____ Страна _____ Регион _____

Нас. пункт _____ Ул./пр./пер. _____

Дом _____ Корп. _____ Кв. _____ Тел. дом. (_____) _____
(код города)

При взаимодействии со мной посредством электронной почты прошу использовать нижеуказанный адрес :

E-mail _____ @ _____

Адрес фактического проживания: Индекс _____ Страна _____ Регион _____

Нас. пункт _____ Ул./пр./пер. _____

Дом _____ Корп. _____ Кв. _____ Тел. дом. (_____) _____
(код города)

Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ являюсь / не являюсь
(нужное подчеркнуть)

Сведения о документе установленного образца (дипломе о высшем фармацевтическом образовании):

Наименование вуза _____

Специальность _____ Квалификация _____ Страна выдачи _____

Регистрационный номер документа _____ Серия документа _____

Номер документа _____ Дата выдачи « _____ » _____ г.

Заявление о приеме на обучение – ПГФА - 2023

прошу допустить меня к вступительному испытанию и участию в конкурсе для поступления в ординатуру по следующим условиям:

Номенклатура специальностей ординатуры ПГФА

- 33.08.01 Фармацевтическая технология
(в 2023 году только коммерция)

- 33.08.02 Управление и экономика фармации
(в 2023 году только коммерция)

- 33.08.03 Фармацевтическая химия и фармакогнозия
(в 2023 году бюджет, целевое, коммерция)

Можно выбрать две специальности; расположите в порядке убывания приоритетности (предпочтения): 1 – наиболее значимая; 4 – наименее значимая)	Условия поступления (выбрать нужное)
1 приоритет _____ <i>наименование специальности</i>	☐ основные места в рамках контрольных цифр приема (целевой прием – только на основе договора о целевом обучении) ☐ основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет) ☐ по договору об оказании платных образовательных услуг ☐ на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема
2 приоритет _____ <i>наименование специальности</i>	☐ основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет) ☐ по договору об оказании платных образовательных услуг ☐ на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема
3 приоритет _____ <i>наименование специальности</i>	☐ основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет) ☐ по договору об оказании платных образовательных услуг ☐ на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема
4 приоритет _____ <i>наименование специальности</i>	☐ основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет) ☐ по договору об оказании платных образовательных услуг ☐ на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста (или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста) (при наличии):

Регистрационный номер _____ и 12значный номер свидетельства об аккредитации _____

Специальность _____

Протокол заседания аккредитационной комиссии № _____ от « _____ » _____ 201 ____ г.

Место проведения аккредитации специалиста _____

Сведения о сертификате специалиста (при наличии):

Сертификат по специальности _____

Серия _____ Номер _____ Регистрационный номер _____
(первые 6 символов) (7 символов)

Дата выдачи « _____ » _____ г.

Сведения об индивидуальных достижениях (при наличии – отметить нужное):

☐	Стипендиат Президента РФ, Правительства РФ	☐	Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в журнале ВАК (по специальностям 14.04.00)
☐	Документ установленного образца с отличием	☐	Знак отличия Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса «Готов к труду и обороне»
☐	Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в РИНЦ	☐	Средний балл (диплома), полученный по программе специалитета _____ баллов
☐	дипломант Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"	☐	Получение гранта на выполнение научного исследования, реализацию инновационного проекта и т.п., соавтор патентов, изобретения
☐	Добровольческая волонтерская деятельность	☐ в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции в количестве _____ часов (не менее 150 ч.) ☐ в сфере охраны здоровья: • помощь в оказании медицинских услуг, медицинском специальном и общем уходе; • содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний, включая социально значимые; • содействие популяризации донорства крови и ее компонентов, донорства костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток; • содействие в обучении и оказании первой помощи (помощь в медицинском сопровождении массовых мероприятий); • содействие профориентации школьников в сфере медицины; информационная, консультационная, психологическая, просветительская, досуговая и иная поддержка пациентов и их родственников	
☐ Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего мед. или фармацевтического образования):			
на должностях мед. и (или) фармацевтических работников	со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки; от 9 месяцев)	_____ лет _____ месяцев	
	с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работ; от 9 месяцев до 1,5 лет)	_____ лет _____ месяцев	
	с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работ; от полутора лет и более)	_____ лет _____ месяцев	
	с высшим образованием в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках (не менее 9 мес.)	_____ лет _____ месяцев	
☐ Деятельность в сфере охраны здоровья, включающая в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (не менее 30 календарных дней)			
<u>трудовая деятельность на должностях медицинских работников с высшим и средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала</u>		_____ месяцев _____ дней	
<u>прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (специалитета, бакалавриата, магистратуры)</u>		_____ месяцев _____ дней	

По специальности 33.05.01 «Фармация» обучалась на местах в пределах целевой квоты

да / нет

(нужное подчеркнуть)

- При проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью в создании специальных условий: нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

_____ Подпись

- На период обучения в общежитии: нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

_____ Подпись

✓ Я ознакомлен(а), в том числе через информационные системы общего пользования:

- ⇒ с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
- ⇒ с копией свидетельства о государственной аккредитации образовательных программ по специальностям ординатуры;
- ⇒ с датами завершения приема документа установленного образца (диплома);
- ⇒ с Правилами приема на обучение, утвержденными ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

_____ Подпись

- ✓ Ознакомлен(а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

_____ Подпись

- ✓ Подтверждаю при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр - отсутствие у поступающего диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки

_____ Подпись

- ✓ Ознакомлен(а) с информацией об обязательстве представить документ установленного образца (диплом) не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме)

_____ Подпись

- ✓ Согласен(а) на обработку моих персональных данных

_____ Подпись

« _____ » _____ 2023 г.
дата подачи заявления

_____ / _____
подпись Фамилия И.О.

СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
(Ф.И.О. поступающего полностью)

на основании ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим **заявляю о согласии на распространение** ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России моих персональных данных с целью размещения информации обо мне в электронной информационно-образовательной среде ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в подсистеме «Сервис приема» ФИС ГИА и приема, в федеральной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (ЕПГУ), в Единой информационной системе приема в ординатуру

(если Вы согласны, то в нижеуказанной таблице можно ничего не заполнять)

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Условия и запреты (вписать «запрет» или указать условия)	Дополнительные условия
Общие персональные данные	Фамилия		
	Имя		
	Отчество (при наличии)		
	Дата рождения (дата, месяц, год)		
	Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства)		
	Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспортные данные)		
	Сведения о документе установленного образца (о документе об образовании)		
	Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (при наличии)		
	Сведения о сертификате специалиста (при наличии)		
	Условия поступления		
	Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений		
	Адрес электронной почты		
	Адрес, номер телефона		
	Сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования		
	Образование		

Сведения о способах, которыми ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России предоставляет доступ к моим персональным данным **неограниченному кругу лиц**:

Способ, информационный ресурс	Действия с персональными данными
https://pfa.ru/	Публикация списков поступающих, ранжированных списков для зачисления, приказов о зачислении

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет)	Дополнительные условия
Общие персональные данные	Фамилия		
	Имя		
	Отчество		
	Сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования		
Сведения, которые указываются в списках поступающих, ранжированных списках для зачисления, приказах о зачислении	Сумма конкурсных баллов		
	Количество баллов за тестирование		
	Количество баллов за индивидуальные достижения		
	Наличие заявления о согласии на зачисление и оригинала документа установленного образца		

Настоящее согласие я даю добровольно, оно действует с _____ 2023 г.
(с даты подачи заявления)

по 28 февраля 2024 г. (Согласно п. 54. Правил приема, приказы о зачислении на обучение размещаются в день их издания на официальном сайте и должны быть доступны пользователям официального сайта в течение 6 месяцев со дня их издания).

Я имею право письменно потребовать прекратить распространять мои персональные данные. ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в этом случае обязано немедленно прекратить распространять мои персональные данные.

«____» _____ 2023 г.
Дата

Подпись

Расшифровка подписи