Директору ГБПОУ

«Кемеровский областной медицинский колледж»

Ивановой И.Г.

**Заявление**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Я | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(Ф.И.О.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| дата рождения: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| место рождения: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| паспорт | | | | | | | серия | | | | | |  | | № |  | | |
| выдан: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(когда, кем)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| место жительства: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| место регистрации: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| телефон: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| адрес электронной почты  (обязательно для заполнения) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| гражданство | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| уровень образования | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| cерия/номер | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| выдан: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| *(указывается уровень образования и документ, его подтверждающий: серия, №, когда и кем выдан)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| прошу принять меня для обучения по специальности: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(наименование специальности)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Очной / очно-заочной*** *(нужное подчеркнуть)* формы обучения на места ***в рамках контрольных цифр приема/по договору об оказании платных образовательных услуг*** *(нужное подчеркнуть)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. В общежитии ***не нуждаюсь/нуждаюсь*** *(нужное подчеркнуть)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Среднее профессиональное образование получаю ***впервые/повторно*** *(нужное подчеркнуть)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | *(подпись) (расшифровка)* | | | |
| 4. С датой предоставления оригинала документа об образовании  (« » г.) ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(подпись) (расшифровка)* |
| 5. С лицензией на право ведения образовательной деятельности и приложениями к ней, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к нему, уставом, правилами внутреннего распорядка, расписанием вступительных испытаний, правилами приема ознакомлен(а) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) (расшифровка)* | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 6. Настоящим также сообщаю, что являюсь *(нужное подчеркнуть)*:   * Сирота; * Ребенок, оставшийся без попечения родителей; * Лицо с ограниченными возможностями здоровья; * Участник боевых действий; * Ветеран боевых действий; * Участник ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - иное: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Контактные данные родителей: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1. Мать: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О. | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Тел. | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.2. Отец: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О. | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Тел. | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) (расшифровка) (дата)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |