Председателю приемной комиссии,

ректору ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»

**Шеплеву Борису Валентиновичу**

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ

| **Фамилия** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Отчество (при наличии)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.**

| **Дата рождения** | **Пол** |
| --- | --- |
| **д** | **м** | **год** | **м** | **□** |
|  |  |  | **ж** | **□** |

**2. Гражданство: Российская Федерация**

**2.1. отношусь к лицам**, которые признаны гражданами Российской Федерации в соответствии с частью 1 статьи 4 Федерального конституционного закона от 21 марта 2014 года N 6-ФКЗ "О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов - Республики Крым и города федерального значения Севастополя" или к лицам, которые являются постоянно проживавшими на день принятия на территории Республики Крым или на территории города федерального значения Севастополя гражданами Российской Федерации (далее - **лица, постоянно проживающие в Крыму**):

**Нет □**

Да □

**2. Реквизиты документа, удостоверяющего личность:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование документа** | **Серия** | **Номер** | **Кем выдан** | **Когда выдан** | **Код подразделения** |
|  |  |  |  |  |  |

**3. СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. Адрес регистрации по месту жительства:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Страна** | **Регион** | **Район** | **Населенный пункт** |
|  |  |  |  |
| **Индекс** | **Улица/площадь/переулок** | **Дом** | **Стр.** | **Корп.** | **Кв.** |
|  |  |  |  |  |  |

**5. Почтовый адрес и электронный адрес:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Страна** | **Регион** | **Район** | **Населенный пункт** |
|  |  |  |  |
| **Индекс** | **Улица/площадь/переулок Дом Стр.** | **Корп. Кв.** |
|  |  |  |
| **E-mail** |  |

**6. Контактный телефон:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Телефоны** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ; |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

7. Сведения о документе об образовании и о квалификации:

К освоению программ ординатуры допускаются лица, получившие высшее медицинское и (или) фармацевтическое образование, с учетом квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Документ о высшем образовании с приложением (для документов, полученных после 01 января 2014 года):****Диплом бакалавра** **Диплом специалиста** **Диплом магистра**  | **Номер диплома:** | **Регистрационный номер и дата выдачи:** | **Вид документа:** |
|  |  | оригинал  |
| **Номер приложения к диплому:** | копия  |
|  |
| **Наименование образовательной организации, регион/ страна, специальность/ направление подготовки** |
|  |
| **Диплом о высшем профессиональном образовании с приложением (для документов, полученных до 01 января 2014 года)** | **Серия и номер диплома:** | **Регистрационный номер и дата выдачи:** | **Вид документа:** |
|  |  | оригинал копия  |
| **Наименование образовательной организации, регион/ страна, специальность/ направление подготовки** |
|  |
| **Документ (документы) иностранного государства об образовании или об образовании и о квалификации, указать наименование:** | **Серия и номер (при наличии):** | **Регистрационный номер и дата выдачи (при наличии):** | **Вид документа:** |
|  |  | оригинал копия  |

Документ иностранного государства об образовании представляется со свидетельством о признании

иностранного образования, за исключением случаев, указанных в Правилах приема.

**8. Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста** (для лиц, завершивших освоение программ высшего медицинского и (или) высшего фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования) (при наличии)

|  |
| --- |
| **Свидетельство об аккредитации специалиста:** |
| Номер: |  |
| Регистрационный номер: |  |
| Специальность |  |
| Результат тестирования |  баллов |
| Протокол заседания аккредитационной комиссии: N от " " 20 г. |
| **Выписка из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии****N от " " 20 г.**Результат тестирования баллов |

**9. Сведения о сертификате специалиста (при наличии):**

|  |  |
| --- | --- |
| Номер: |  |
| Регистрационный номер: |  |
| Специальность |  |
| Дата выдачи: |  |

**10. Сведения о наличии договора о целевом обучении (квота целевого приема)**:

**Нет □**

**□ ,** указать орган (организацию) с которой заключен договор, и специальность**:**

**Да**

1. Условия поступления на обучение с указанием приоритетности зачисления по различным условиям поступления

Поступающий вправе участвовать в конкурсе не более чем по 2 специальностям.

**(**Приоритетность поступления (указать цифрами 1, 2, 3...), например:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование специальности | Код специальности | Места в пределах целевой квоты | Основные места в рамках контрольных цифр | Места по договорам об оказании платных образовательных услуг |
| Стоматология общей практики | 31.08.72 | 1 | 2 | 4 |
| Ортодонтия | 31.08.77 |  | 3 | 5 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование специальности** | **Код специальности** | **Места в пределах целевой квоты** | **Основные места в рамках контрольных цифр** | **Места по договорам об оказании платных образовательных услуг** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Сведения о вступительном испытании:

Поступающий проходит вступительное испытание однократно в одной из организаций, в которые подает заявление о приеме или представляет заявление, указанное в абзаце десятом пункта 3.9 Правил, с указанием одного из результатов, предусмотренных подпунктом "а" или подпунктом "б" пункта 4.5 Правил, **во все организации, в которые подает заявление о приеме**.

**Выбрать ОДИН вариант:**

**□ Прохожу вступительное испытание в Университете**

**□ Прохожу вступительное испытание в**

 *(указать организацию)*

Прошу учесть результат тестирования, пройденного в году, предшествующем году

поступления:

специальность

организация, в которой проводилось вступительное испытание

(тестирование)

год прохождения 2023

**Прошу учесть результат тестирования, проводимого в рамках процедуры аккредитации**

**специалиста**

специальность

организация, в которой проводилось

вступительное

испытание

(тестирование)

год прохождения (2023 или 2024)

1. **Сведения о наличии индивидуальных достижений:**

**Нет □**

|  |  |
| --- | --- |
| а) стипендиаты Президента РоссийскойФедерации, Правительства РоссийскойФедерации (в случае назначения стипендии в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) |  |
| б) документ установленного образца сотличием1 |  |
| в) наличие не менее одной статьи в профильном научном журнале, входящим в ядро базы данных Российского индекса научного цитирования и (или) в международные базы данных научного цитирования, автором или соавтором которой является поступающий |  |
| г) общий стаж работы в должностяхмедицинских и (или) фармацевтическихработников, подтвержденный в порядке,установленном трудовым законодательством Российской Федерации[[1]](#footnote-1) (если трудоваядеятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программамвысшего медицинского или высшегофармацевтического образования): |  |
| - от девяти месяцев на 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 девяти месяцев до полутора лет на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) |  |
| - от полутора лет и более на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы) |  |
| д) дополнительно к баллам, начисленным при наличии общего стажа работы на должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим образованием в указанных должностях не менее 9 месяцев в медицинских и |  |

**Да**

**□ (указать сведения о подтверждающем документе)**

1 Баллы начисляются только за документы, выданные в Российской Федерации

|  |  |
| --- | --- |
| (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках |  |
| е) дипломанты Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал" |  |
| ж) участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, в том числе с регистрацией в единой информационной системе в сфере развития добровольничества (волонтерства)[[2]](#footnote-2) |  |
| **з) иные индивидуальные достижения,****установленные Университетом:** |  |
| 1) стаж работы не менее 6 месяцев в структурных подразделениях Дентал-Сервис |  |
| 2) наличие удостоверения о повышении квалификации по программам, реализуемым ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР», НП «ЦПО «ДентМастер» |  |
| 3) сертификат участника Дня открытых дверей в ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР» |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Участие в добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции, при продолжительности указанной деятельности не менее 150 часов |  |
| Осуществление трудовой деятельности на должностях медицинских работников с высшим образованием или средним профессиональным образованием, на должностях младшего медицинского персонала и (или) прохождение практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (программе специалитета, программе бакалавриата, программе магистратуры), если указанная деятельность и (или) практическая подготовка включали проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции и их общая продолжительность составляет не менее 30 календарных дней |  |

**14. Сведения о наличии или отсутствии у поступающего потребности в предоставлении места для проживания в общежитии в период обучения:**

**Нет □**

 Да □

15. Сведения о родителях (законных представителях) *(указываются по желанию)*:

|  |
| --- |
| Отец: |
| *(Фамилия, Имя, Отчество)* |
|  |
| *(Адрес, контактный телефон)* |
|  |
| *(Место работы, должность)* |
| Мать: |
| *(Фамилия, Имя, Отчество)* |
|  |
| *(Адрес, контактный телефон)* |
|  |
| *(Место работы, должность)* |

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

С копиями лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением) и свидетельства о государственной аккредитации (с приложением)

подпись поступающего

С датой (датами) завершения приема заявления о согласии на зачисление

подпись поступающего

С Правила приема в ЧОУ ВО «Новосибирский медико-стоматологический институт ДЕНТМАСТЕР» на обучение по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры на 2024/2025учебный год (с изменениями),

подпись поступающего

С правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

подпись поступающего

С информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов, а также об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления,

подпись поступающего

***Для лиц, не представивших документ установленного образца с данным заявлением:***

Обязуюсь предоставить документ установленного образца не позднее дня завершения приема документа установленного образца

подпись поступающего

Я уведомлен, если поступающий поступает на обучение одновременно по различным условиям поступления, то при зачислении на обучение по более приоритетным для него условиям поступления он исключается из списков поступающих, поступление в соответствии с которыми является для него менее приоритетным согласно его заявления о приеме. Изменение приоритетности условий поступления после сроков завершения приема заявления о согласии на зачисление не допускается.

подпись поступающего

Я даю согласие на обработку своих персональных данных согласно Приложению к настоящему заявлению

подпись поступающего

Дата « » 2024 год

подпись поступающего

1. Баллы начисляются за стаж работы в Российской Федерации, подтвержденный в установленном порядке в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации [↑](#footnote-ref-1)
2. Индивидуальное достижение учитывается в соответствии с Методическими рекомендациями по учету добровольческой (волонтерской) деятельности при поступлении в ординатуру Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья Министерства здравоохранения Российской Федерации (№10/20-ГГ от 15.05.2020) [↑](#footnote-ref-2)