

Регистрационный номер \_\_\_\_\_  
Директору бюджетного профессионального образовательного учреждения Орловской  
области «Орловский базовый медицинский колледж»  
Труфанову Антону Сергеевичу

### ЗАЯВЛЕНИЕ

от  
**Фамилия** Иванов  
**Имя** Иван  
**Отчество (при наличии)** Иванович  
**Дата рождения** «01» марта 2007 г.  
**Документ, удостоверяющий личность** паспорт РФ  
**серия** 0102 **№** 030405 **когда и кем выдан** 01.03.2021  
Межрайонным отделом УФМС России по Орловской области

**Проживающего(ей) по адресу:** г. Орел ул. Цветаева д.15 кв.12

**телефон** 89008007060 **e-mail:** ivan@yandex.ru  
**СНИЛС** 123-456-789 10

Прошу принять мои документы на специальность, для обучения по которой планируется поступать в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»:

<b>Очная форма обучения</b> (на базе основного общего образования, <b>9 кл.</b> )	✓
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	✓
33.02.01 Фармация, квалификация: фармацевт	<input type="checkbox"/>
31.02.03 Лабораторная диагностика, квалификация: медицинский лабораторный техник	<input type="checkbox"/>
31.02.02 Акушерское дело, квалификация: акушер/акушерка	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
<b>Очная форма обучения</b> (на базе среднего общего образования, <b>11 кл.</b> )	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
<b>Очно-заочная форма обучения</b> (на базе среднего общего образования, <b>11 кл.</b> )	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
<b>за счет средств областного бюджета (в рамках контрольных цифр приема)</b>	✓
<b>места по договорам об оказании платных образовательных услуг</b>	✓

**О себе сообщаю следующее:** окончил (а) в 2016 году:

общеобразовательную организацию	✓
---------------------------------	---

образовательное учреждение начального профессионального образования	<input type="checkbox"/>
образовательное учреждение среднего профессионального образования	<input type="checkbox"/>
другое _____	<input type="checkbox"/>

Аттестат  серия \_\_\_\_\_ № 05724012345678,

Иностранный язык (основной): английский , немецкий , французский , другой ,  
не изучал(а) . **Общежитие:** нуждаюсь , не нуждаюсь .

**О себе дополнительно сообщаю:**

**индивидуальные достижения:** не имею  / имею  (указать какие, например: наличие статуса победителя и призера в олимпиадах по биологии, химии и т.п., чемпионата «Абилимпикс»)

«20» июня 2024 г.

Иванов

*Подпись поступающего*

Среднее профессиональное образование получаю  
впервые , не впервые .

Иванов

*Подпись поступающего*

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

Уставом БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере  
лицензии на осуществление образовательной деятельности

сведениями о дате предоставления и регистрационном номере  
государственной аккредитации образовательной деятельности по  
реализуемым образовательным программам

с образовательными программами и другими документами,  
регламентирующими организацию и осуществление образовательной  
деятельности, права и обязанности обучающихся

правилами приема в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский  
колледж», правилами подачи апелляций ознакомлен(а)

датой предоставления оригинала документа об образовании и (или)  
квалификации (**не позднее 15 августа 2024 г.**).

Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке,  
установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О  
персональных данных»

Создание специальных условий при проведении вступительного  
испытания в связи с инвалидностью или ограниченными  
возможностями здоровья

нуждаюсь  / не нуждаюсь

копию договора на целевое обучение  
представляю  / не представляю

льготы в соответствии со ст.68 ФЗ «Об образовании в Российской  
Федерации»

имею  / не имею

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Иванов

*Подпись поступающего*

Подпись ответственного лица приемной комиссии

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

*Подпись ответственного лица*