

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

от
Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения « ____ » _____ Г.
Документ, удостоверяющий личность _____
серия _____ **№** _____ **когда и кем выдан** _____

Проживающего(ей) по адресу: _____

телефон _____ **e-mail:** _____
СНИЛС _____

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

Очная форма обучения (на базе основного общего образования, 9 кл.)	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
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"/>
Очная форма обучения (на базе среднего общего образования, 11 кл.)	<input type="checkbox"/>
31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
Очно-заочная форма обучения (на базе среднего общего образования, 11 кл.)	<input type="checkbox"/>
34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат	<input type="checkbox"/>
за счет средств областного бюджета (в рамках контрольных цифр приема)	<input type="checkbox"/>
места по договорам об оказании платных образовательных услуг	<input type="checkbox"/>

О себе сообщаю следующее: окончил (а) в _____ году:

общеобразовательную организацию	<input type="checkbox"/>
образовательное учреждение начального профессионального образования	<input type="checkbox"/>
образовательное учреждение среднего профессионального образования	<input type="checkbox"/>

другое	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------

Аттестат серия _____ № _____,

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»)

« _____ » _____ 2024 г.

Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование получаю
впервые , не впервые .

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

нуждаюсь / не нуждаюсь

копию договора на целевое обучение

Подпись поступающего

представляю / не представляю

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

Подпись поступающего

имею / не имею

Подпись ответственного лица приемной комиссии

« _____ » _____ 2024 г.

Подпись ответственного лица