

Директору  
ГБПОУ МО «Московский областной  
медицинский колледж №1»  
С.Р. Бабаяну

От \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата рождения \_\_\_\_\_ место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу \_\_\_\_\_

Адрес постоянной регистрации \_\_\_\_\_

Окончившего (ей) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование образовательного учреждения)  
Документ об образовании \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Контактные данные (моб. телефон, электронная почта) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня для обучения в Наро - Фоминском филиале ГБПОУ МО «Московский областной медицинский колледж № 1» по специальности

форма обучения \_\_\_\_\_

на места \_\_\_\_\_  
(за счет средств бюджета, с оплатой полной стоимости обучения)

Место работы, должность (профессия) и общий трудовой стаж (если есть) \_\_\_\_\_

Изучал (а) иностранный язык \_\_\_\_\_

О себе дополнительно сообщаю \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись поступающего)

Среднее профессиональное образование получаю

---

(впервые, не впервые/ Ф.И.О., подпись поступающего)

С Уставом Московского областного медицинского колледжа № 1, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, правилами приема и предоставления уведомления о намерении обучаться, правилами подачи апелляций ознакомлен (а)

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

С датой предоставления подлинника документа об образовании до 10 сентября 2020г. ознакомлен (а)

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

С датой предоставления оригиналов документов о результатах медицинского осмотра до 30 сентября 2020г. ознакомлен (а)

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

Согласен (а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом РФ от 27.07.2006г. № 152 ФЗ «О персональных данных»

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)