

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 Рузском 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)