

краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Благовещенский медицинский техникум»



Регистрационный номер № _____

Директору КГБПОУ
«Благовещенский медицинский техникум»
Л.Р. Зыряновой

Фамилия Иванов
Имя Иван
Отчество Иванович
Дата рождения 01.01.1980.
Место рождения с. Егорьевка Егорьевского
района Алтайского края
Сотовый телефон 8 900 111 00 00
(абитуриента)
Сотовый телефон _____
(законного представителя: родителя/опекуна)
Адрес электронной почты (e-mail) ivanov01@mail.ru
(абитуриента)

Гражданство Российская Федерация
Документ, удостоверяющий личность паспорт
Кем и когда выдан отделом внутренних дел
Благовещенского района Алтайского края
01.01.2001.
№ 0101 серия 111111
Адрес регистрации Алтайский край,
Благовещенский район, село Шимолино, улица
Новая, д. 1, кв. 1
Место жительства Алтайский край,
Благовещенский район, село Верхняя Суетка,
улица Менделеева, д. 1, кв. 1

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на специальность (код) 33.02.01 Фармация

по очной дневной форме обучения ☒ на места, финансируемые из краевого бюджета _____
на места с полным возмещением затрат ☒ на места целевого приёма _____ с предоставлением
оригинала или заверенной заказчиком целевого обучения копию договора о целевом обучении.
Среднее профессиональное образование получаю впервые _____, не впервые ☒

О себе сообщаю следующее:

Уровень образования: основное общее _____ среднее общее образование _____
начальное профессиональное _____ среднее профессиональное ☒ высшее _____
Окончил (а) _____ классов в _____ году общеобразовательное учреждение (школу) _____ краевое
государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Барнаульский
базовый медицинский колледж»
(полное наименование)

Документ о предыдущем уровне образования и документе об образовании и (или) документе об
образовании и о квалификации, его подтверждающем диплом
серия 000000 № 1111111 медаль (аттестат «с отличием») _____
Иностранный язык немецкий
При поступлении имею следующие льготы _____

_____ Подпись абитуриента

При проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными
возможностями здоровья нуждаюсь _____ в создании специальных условий.

Документ, подтверждающий инвалидность или ограниченные возможности здоровья, требующие
создания указанных условий _____ № _____ серия _____
_____ Подпись абитуриента

О себе дополнительно сообщаю

Победитель Всероссийских олимпиад (член сборной) _____ оригинал или ксерокопию документа _____
_____ Подпись абитуриента

краевое государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Благовещенский медицинский техникум»

В случае предоставления поступающим заявления, содержащего не все сведения и (или) сведения, не соответствующие действительности, образовательная организация возвращает документы поступающему.

_____ Подпись абитуриента

В соответствии с ФЗ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен(на) на обработку своих персональных данных

_____ Подпись абитуриента

С датой предоставления оригинала документа государственного образца об образовании ознакомлен(а)

_____ Подпись абитуриента

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательной деятельности по образовательным программам, программами подготовки специалистов среднего звена, Уставом КГБ ПОУ «Благовещенский медицинский техникум», правилами приема и правилами внутреннего распорядка в данной образовательной организации ознакомлен(а):

_____ Подпись абитуриента

Об отсутствии общежития осведомлен(а) _____ Подпись абитуриента

Расписку о приеме документов получил _____ Подпись абитуриента

Дата подачи заявления «__» _____ 20 __ г.

Подпись ответственного лица за приём документов _____ / _____ /
(расшифровка подписи)