**Директору ГБПОУ РД «Дагестанский базовый медицинский колледж им.Р.П.Аскерханова» Х.Г.Махачевой**

**абитуриента**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия | Гражданство:  |
| Документ, удостоверяющий личность:  |
| Имя |  |
| Серия №  |
| Отчество | Когда и кем выдан:  |
|  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять заявление на направление подготовки по специальности (нужное отметить):

Лечебное дело □, Акушерское дело □, Сестринское дело □,

Лабораторная диагностика □, Фармация □, Стоматология ортопедическая □

по очной □, очно-заочной форме обучения □

на места, финансируемые за счет бюджета РД □

на места по договорам, с оплатой стоимости обучения □.

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_ году общеобразовательное учреждение №\_\_ г. (с) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

образовательное учреждение начального профессионального образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

образовательное учреждение среднего профессионального образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Аттестат / диплом Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Иностранный язык (нужное подчеркнуть): английский, немецкий, французский, другой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, не изучал (а)

Общежитие (нужное подчеркнуть): нуждаюсь, не нуждаюсь.

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

|  |  |
| --- | --- |
| С датой **(\_\_\_\_\_\_\_\_ \_)** предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись абитуриента) |
| С уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности,свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним по выбранной специальности, правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении, ознакомлен (а): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись абитуриента) |
| Согласен (а) с обработкой персональных данных | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись абитуриента) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |