|  |
| --- |
| Директору ФГБУ |
| «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» |
| Минздрава России, |
| академику РАН, профессору, д.м.н.  Ю.А. Шелыгину |
|  |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
|  |
|  |

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

**Заявление**

Прошу допустить меня в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ году к конкурсу в ординатуру ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России на условиях обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(бюджет, целевое обучение, договор)*

по специальности *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(код и наименование направления подготовки, согласно приказу МОН РФ от 12.03.2013 №1061)*

Сведения о поступающем

1. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц, год).
2. Сведения о гражданстве либо отсутствии гражданства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Реквизиты документов, удостоверяющих личность, в том числе реквизиты выдачи указанного документа (кем и когда выдан):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Сведения о предыдущем образовании и документе об образовании и/или о квалификации его подтверждающем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Сведения о наличии или отсутствии индивидуальных достижений (если есть, то пишется «копии документов об индивидуальных достижениях прилагаются»; в ином случае пишется «нет»):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Почтовый и электронный адрес, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Потребность в общежитии (да/нет):
8. Способ возврата поданных документов в случае непоступления на обучение (в случае представления оригиналов документов) (лично, доверенному лицу, по почте):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление образовательной деятельности ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Со свидетельством о государственной аккредитации ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

С «Порядком приема по программам высшего образования – программам подготовки кадров в ординатуре» в ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

С правилами подачи апелляций по результатам проведения конкурса в ординатуру ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Высшее образование по программам подготовки кадров в ординатуре получаю впервые: подтверждаю отсутствие диплома об окончании ординатуры для поступающих на бюджет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Предупрежден о том, что срок представления оригинала документа, удостоверяющего соответствующий уровень образования – в течение первого года обучения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Предупрежден о том, что сканированная подписанная копия *Заявления о согласии на зачисление* направляется на электронную почту ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих Минздрава России» - в течение следующего дня после размещения на сайте Приказа о зачислении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Предупрежден о том, что внесение оплаты и подписания договора (на места по договорам об оказании платных образовательных услуг) – в первый день обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Я предупрежден об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых при поступлении, и подтверждаю это своей подписью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Подпись) (Расшифровка подписи)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Дата)*

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**ПОСТУПАЮЩЕГО В ОРДИНАТУРУ**

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
| *(Ф.И.О. полностью субъекта персональных данных)* | |

|  |  |
| --- | --- |
| Зарегистрированный по адресу: |  |
|  | |
|  | |
| *(индекс, город, улица, номер дома, номер корпуса (строения) – при наличии, номер квартиры)* | |

|  |  |
| --- | --- |
| Имеющий документ удостоверяющий личность: |  |
|  | |
|  | |
| *(вид документа, серия и номер, когда и кем выдан)* | |

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152 -ФЗ «О персональных данных» и письмом Рособразования от 29.07.2009 № 17-110 «Об обеспечении зашиты персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных федеральному государственному бюджетному учреждению «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

1. Цель обработки данных Целью обработки персональных данных является организация и сопровождение учебного процесса.

2. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

Фамилия, имя, отчество, пол, цифровое фото, паспортные данные, гражданство, дата рождения, место рождения, адрес по прописке, адрес фактического местожительства, телефоны, регион, страна, район, владение иностранными языками, информация о зачислении, семейное положение, данные о родителях и их телефоны, информация о супруге, информация о детях, льготы, образование, информация об оконченном учебном заведении, информация о документах об образовании, место работы, должность, тип документа о работе (справка/копия трудовой/нет), информация о стаже, информация о службе в армии, отношение к военной службе, название районного военкомата по месту жительства, категория учета, группа учета, военное звание, военно-учетная специальность, состав, форма обучения, факультет, специальность, курс, поток, группа, регистрационный номер зачетки, информация о прохождении учебного процесса, информация о договоре на оказание платных образовательных услуг, информация об оплате, информация о предыдущих вузах, о заказчике договора (юридическое/физическое лицо), членство в профсоюзе.

З. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

* ввод, систематизацию, хранение персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
* уточнение, обновление, изменение, модификация, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных;
* использование персональных данных оператором в связи с трудовыми отношениями;
* передача персональные данных субъекта третьим лицам в порядке, предусмотренным законодательством РФ.

С данными будет производиться автоматизированная и неавтоматизированная обработка.

4. Срок действия согласия

Настоящее согласие дается на 75 (семьдесят пять) лет.

5. Порядок отзыва согласия

Для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо сообщить оператору

в письменном виде о своем решении. Уничтожение данных происходит согласно действующему законодательству

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(расшифровка подписи)* |

|  |
| --- |
|  |
| *(число, месяц, год)* |

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ ИМЕНИ А.Н. РЫЖИХ»**

**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОРТФОЛИО ОБУЧАЮЩЕГОСЯ**

**ФИО**

**«ФОТО** *(вставить свое фото в «деловом стиле»)***»**

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – **ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ**

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ОРДИНАТУРЫ

**00.00.00. Название специальности**

Год поступления 2020 г.

Год окончания 2022 г.

**РАЗДЕЛ 1. УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **НАЗВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ** | **РЕЗУЛЬТАТ** |
|  | **Вид обучения** (профессиональная переподготовка, повышение квалификации, тренинг, семинар и т.д.)  **Место и сроки обучения** (если не закончено, то дата начала)  **Подтверждающий документ** (диплом, свидетельство, удостоверение, сертификат), его номер и дата выдачи |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **УЧАСТИЕ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЯХ, СЕМИНАРАХ, СИМПОЗИУМАХ, ФОРУМАХ** | | | | |
| **№** | **НАЗВАНИЕ КОНФЕРЕНЦИЙ**  **(СЕМИНАРОВ И Т.Д.)** | **УРОВЕНЬ**  **(ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, РЕГИОНАЛЬНЫЙ,**  **ВСЕРОССИЙСКИЙ, МЕЖДУНАРОДНЫЙ)** | **ФОРМА УЧАСТИЯ** | **ДАТА И МЕСТО**  **ПРОВЕДЕНИЯ** |
| 1. | *Пример:*  *II международная (X Всероссийская) практическая конференция студентов и молодых ученых Гаазовские чтения «Спешите делать добро»* | *Пример:*  *Международный, Всероссийский* | *Пример:*  *Доклад «Название»* | *11.12.2015г,*  *г. Москва.* |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **УЧАСТИЕ В УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ** | | | | | | |
| **№** | **ТЕМА УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ**  **(РЕФЕРАТ, ПРЕЗЕНТАЦИЯ, ДОКЛАД И Т.Д.)** | | **ДИСЦИПЛИНА (МОДУЛЬ) /**  **СРОКИ РАБОТЫ** | | | **РЕЗУЛЬТАТ**  **(ОЦЕНКА/ОТЗЫВ)** |
| 1. | *Пример: СНК Неврологии РНИМУ*  *Презентация на тему «Название»* | | *Неврология/24.03.2016* | | | *Положительный* |
| 2. |  | |  | | |  |
| **САМООБРАЗОВАНИЕ** | | | | | | |
| **№** | | **ВИД САМООБРАЗОВАНИЯ (КУРСЫ, ПОСЕЩЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВЫСТАВОК, ФОРУМОВ, ЧТЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И Т.Д.)** | | **ДАТА** | **РЕЗУЛЬТАТ** | |
| 1. | | Пример: Курс провайдеров по базовой реанимации и автоматической наружной дефибрилляции(Basic life support and Automated external defibrillation for providers, BLS/AED provider) | | *23.09.2017* |  | |
| 2. | |  | |  |  | |
| 3. | |  | |  |  | |
| 4. | |  | |  |  | |

**РАЗДЕЛ 2. УРОВЕНЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ВЛАДЕНИЙ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **УЧАСТИЕ В ОЛИМПИАДАХ/ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОНКУРСАХ** | | | | | |
| **№** | **НАЗВАНИЕ** | **ДИСЦИПЛИНА /ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МОДУЛЬ** | **ДАТА** | **ФОРМА УЧАСТИЯ** | **РЕЗУЛЬТАТ** |
|  | ------- | --------- | ------- | -------- | -------- |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОПЫТ РАБОТЫ** | | | | |
| **№** | **В КАЧЕСТВЕ КОГО РАБОТАЛ** | **МЕСТО РАБОТЫ** | **ПЕРИОД РАБОТЫ** | **ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ**  **ДОКУМЕНТ** |
|  | ------- | ------- | ------- | ------- |

**РАЗДЕЛ 3. УРОВЕНЬ ОБЩЕКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **УЧАСТИЕ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ВОЛОНТЕРСТВО, ДОНОРСТВО, СТУДЕНЧЕСКОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ И ДР.)** | | | | |
| **№** | **НАЗВАНИЕ** | **ФОРМА УЧАСТИЯ** | **ДАТА/ПЕРИОД** | **РЕЗУЛЬТАТ** |
| 2. | *Пример: Международная  Пироговская научная медицинская конференция* | *Пример: Организатор секции «Педиатрия»,*  *слушатель* | *18.03.2015* |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ЗНАНИЯ, УМЕНИЯ, НАВЫКИ** | | |
| 1. | **ВЛАДЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫМ КОМПЬЮТЕРОМ** | • Уверенный пользователь |
|  | Компьютерные программы, с которыми Вы умеете работать | *Пример: Word, Excel, Internet* |
| 2. | **ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК** | *Пример: Английский* |
|  | Уровень владения | *Пример: Общение на общие темы, чтение и перевод профессиональной литературы.* |

**Далее необходимо приложить (при наличии) скан-копии документов, подтверждающих индивидуальные достижения (грамоты, статьи, сертификаты участников и т.д. за время обучения в ВУЗ)**