Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняет приемная комиссия)

Директору Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения

«Тверской медицинский колледж»

Соцкой Татьяне Николаевне

от

Документ, удостоверяющий личность,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда и кем выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

указать место воинского учета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Место рождения

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу:

телефон: домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_мобильный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу принять меня на обучение по специальности:

(наименование специальности)

по очной форме обучения ,

на места, финансируемые из государственного бюджета ,

с полным возмещением затрат .

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям:   
 Лепка Психологическое тестирование

**О себе сообщаю следующее:**

Окончил (а) в году общеобразовательное учреждение ;

имею основное общее образование /среднее общее образование ,

образовательное учреждение начального профессионального образования ,

образовательное учреждение среднего профессионального образования ,

другое .

Документ об образовании / документ об образовании и о квалификации

Серия №

**Средний балл документа об образовании**

Трудовой стаж (если есть): лет мес.

Иностранный язык: английский , немецкий , французский , другой ,

не изучал (а) .

Общежитие: нуждаюсь , не нуждаюсь .

О себе дополнительно сообщаю:

Родители: мать

(ФИО, место работы, должность,

тел. рабочий, мобильный)

отец

(ФИО, место работы, должность,

тел. рабочий, мобильный)

Отношусь к категории детей сирот (детей, оставшихся без попечения родителей): да / нет

Отношусь к категории детей инвалидов; имею инвалидность \_\_\_\_\_ группы: да / нет

Нуждаюсь в специальных условиях для проведения вступительных испытаний: да / нет

Отношусь к категории многодетных семей: да / нет

С положениями закона Тверской области от 09.12.2005г.   
№150-ЗО «О реализации дополнительных гарантий по  
социальной поддержке детей сирот и детей, оставшихся   
без попечения родителей в Тверской области» ознакомлен(а):

( подпись поступающего)

Согласен (на) на обработку моих персональных данных

( подпись поступающего)

« » 20 г.   
 ( подпись поступающего)   
Среднее профессиональное образование получаю

впервые , не впервые . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 ( подпись поступающего)

С Уставом, лицензией на право осуществления

образовательной деятельности, свидетельством о

государственной аккредитации и приложениями

к ним, правилами приема и условиями обучения

в данном образовательном учреждении,

правилами подачи апелляций ознакомлен(а):

(подпись поступающего)

С датой предоставления оригинала документа об на бюджетной основе  
образовании или документа об образовании и о « » 20 г.  
квалификации (в том числе через информационные на платной основе  
системы общего пользования) ознакомлен (а): « » 20 г.

(подпись поступающего)

С перечнем документов, необходимых для заселения  
в общежитие, ознакомлен(а):

(подпись поступающего)

« » 20 г.

(подпись технического секретаря приемной комиссии)