

Директору ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

от

Фамилия _____	Гражданство _____
Имя _____	Документ, удостоверяющий личность _____
Отчество _____	серия _____ № _____
Дата рождения _____	когда и кем выдан _____
Место рождения _____	_____

Проживающего (ей) по адресу: _____

Телефон: дом. (с кодом города) _____, сот. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять заявление на специальность **34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)**, квалификация «**Медицинская сестра по массажу / медицинский брат по массажу**» по очной форме получения образования на места, финансируемые из федерального бюджета ; с полным возмещением затрат .

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в _____ году _____ :
(наименование уч. заведения)

- Общеобразовательное учреждение
- Образовательное учреждение начального профессионального образования
- Образовательное учреждение среднего профессионального образования
- Другое

Аттестат / диплом , серия _____ № _____

Медаль (аттестат, диплом «с отличием») .

Иностранный язык: английский ; немецкий ; французский ; другой ; не изучал(а) .

О себе дополнительно сообщаю: _____

№ СНИЛС _____

В общежитии нуждаюсь ; не нуждаюсь .

Среднее профессиональное образование получаю впервые , не впервые .

(подпись поступающего)

С уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении ознакомлен(а):

(подпись поступающего)

С датой (**до 21 августа 2017 года**) предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен(а):

(подпись поступающего)

С обработкой своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. №152-фз «О персональных данных» согласен(на): _____

(подпись поступающего)

« _____ » _____ 2017 года.

Подпись ответственного лица приемной комиссии _____