

Ректору федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
А.С. Благодравовой

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность: паспорт гражданина РФ: серия _____ № _____

Выдан _____ Дата выдачи _____

Код подразделения _____

СНИЛС _____

Адрес постоянной регистрации, почтовый индекс _____

Адрес фактического или временного проживания, почтовый индекс _____

Контактные телефоны:

мобильный _____ домашний _____

Email _____

Форма подачи заявления: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
в рамках контрольных цифр приема (бюджетные места)
по образовательным программам подготовки
научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре в 2025 году,
очная форма обучения

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на выбранные научные специальности:

№ приоритета	Направление подготовки (специальность) условия обучения (КЦП/бюджетные места)	Поступление по целевой квоте (заполняется в случае поступления в рамках целевой квоты)
1		
2		

Верно (подпись) _____

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на места в пределах целевой квоты.

Наименования заказчика целевого приема _____

Номер целевого предложения, сформированный на цифровой платформе «Работа в России»/ идентификационный номер заказчика _____

Специальность _____

Трудоустройство в _____

Прошу учесть *целевые индивидуальные достижения*, в качестве которых рассматривается участие в проводимых заказчиком целевого обучения мероприятиях (профорientационные

мероприятия), которые учитываются при приеме на обучение на места в пределах целевой квоты в дополнение к баллам за общие индивидуальные достижения.

(подпись поступающего)

Уровень предыдущего образования:

высшее образование:

по программе подготовки дипломированных специалистов

по программе подготовки магистров

Тип подтверждающего документа _____

Серия _____ № _____ Дата выдачи _____

Кем выдан _____

Специальность/квалификация _____

тип подтверждающего документа: _____

серия _____ № _____ дата выдачи _____

Наименование образовательной организации _____

по специальности _____

Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний по специальности и иностранному языку

(подпись поступающего)

При прохождении вступительных испытаний:

не нуждаюсь в создании специальных условий в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья

нуждаюсь в _____

Тип подтверждающего документа _____

серия _____ № _____ дата выдачи _____ срок действия _____

Прошу учесть наличие у меня индивидуальных достижений:

В предоставлении места проживания в общежитии в период обучения

Не нуждаюсь

Способ возврата поданных документов в случае не поступления в ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России:

(лично, по почте)

Ознакомлен (а) с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и предоставлении подлинных документов

(подпись поступающего)

Ознакомлен (а) с документами и информацией, указанными в части 2 статьи 55 Федерального закона № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

(подпись поступающего)

Ознакомлен (а) с адресом и реквизитами оператора персональных данных:
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРМСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера
Минздрава России) ИНН 5902290120/КПП 590201001 ОГРН 1025900528873
ОКПО 01963404 ОКАТО 57401000001

614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26, тел. +7(342) 217-20-20

факс +7(342) 217-20-21 E-mail: psmu@psma.ru

_____ (подпись поступающего)

При поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр приема – получение соответствующего высшего образования впервые (отсутствие у поступающего диплома об окончании аспирантуры (адъюнктуры), свидетельства об окончании аспирантуры (адъюнктуры), диплома кандидата наук), за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев получения высшего образования за счет бюджетных ассигнований при наличии у лица соответствующего высшего образования - подтверждаю

_____ (подпись поступающего)

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных, как на бумажных носителях, так и с использованием средств автоматизации, с целью участия в конкурсе и зачисления в ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, в объеме предоставленных в заявлении сведений, на срок с момента подачи заявления до завершения приемной кампании

_____ (подпись поступающего)

Дата подачи заявления

Заявление принял секретарь _____ / _____
(подпись) (ФИО)