

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

**на места для обучения по договорам об образовании (платные 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)	Форма финансирования	Основания приема
1			
2			

Верно (подпись) _____

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 предоставления подлинных документов

(подпись поступающего)

Ознакомлен (а) с правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научных и научно-педагогических кадров аспирантуре в 2025 году в ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний, проводимых ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России самостоятельно

(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)

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)