

Директору ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации  
Денисовой Любови Ивановне

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Место рождения: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

СНИЛС \_\_\_\_\_

Адрес проживания (по паспорту): \_\_\_\_\_

Адрес проживания (фактический): \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу принять меня на обучение по специальности \_\_\_\_\_

Форма обучения: (очная, очно-заочная) \_\_\_\_\_

Условие обучения: (бюджет, внебюджет) \_\_\_\_\_

#### О себе сообщаю:

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_

(полное наименование учебного заведения)

Аттестат /диплом серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Иностранный язык: *английский, немецкий, не изучал (а)* \_\_\_\_\_

Средний балл документа об образовании (*аттестата\**, диплома) \_\_\_\_\_

*\*Оценки из раздела «Дополнительные сведения» не учитываются*

**О себе дополнительно сообщаю (для несовершеннолетних абитуриентов)**

Мать: (ФИО, дата рождения, место работы, телефон) \_\_\_\_\_

Отец: (ФИО, дата рождения, место работы, телефон) \_\_\_\_\_

В общежитии: (не нуждаюсь, нуждаюсь) \_\_\_\_\_

(подпись абитуриента)

Среднее профессиональное образование получаю (впервые, не впервые) \_\_\_\_\_

(подпись абитуриента)

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами, уставом колледжа, правилами приема в колледж, условиями зачисления в колледж: **ознакомлен (а).**

(подпись абитуриента)

Разрешаю обрабатывать мои персональные данные в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006г. № 152 ФЗ «О персональных данных».

(подпись абитуриента)

С датой предоставления оригинала документа об образовании ознакомлен (а).

(подпись абитуриента)

Необходимость создания специальных условий при проведении вступительных испытаний, в связи с моей инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья. **(описать необходимые условия)**

(подпись абитуриента)

Дата \_\_\_\_\_