

Регистрационный номер  
заявления

Председателю приемной комиссии,  
ректору ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России  
Лужанину Владимиру Геннадьевичу

\_\_\_\_\_

(заполняется работником  
Приемной комиссии)

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже)

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(наименование документа, удостоверяющего личность) код подразделения

\_\_\_\_\_

(кем выдан)

\_\_\_\_\_, « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
дата выдачи

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Гражданство (страна) \_\_\_\_\_

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

Основной контактный номер телефона +7 \_\_\_\_\_ Доп. номер телефона \_\_\_\_\_

Адрес по месту регистрации: Индекс \_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_ Регион \_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_ Кв. \_\_\_\_\_ Тел. дом. ( \_\_\_\_\_ )  
(код города)

При взаимодействии со мной посредством электронной почты прошу использовать нижеуказанный адрес :

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: Индекс \_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_ Регион \_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_ Кв. \_\_\_\_\_ Тел. дом. ( \_\_\_\_\_ )  
(код города)

**Сведения о документе установленного образца (дипломе о высшем фармацевтическом образовании):**

Наименование вуза \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_ Квалификация \_\_\_\_\_ Страна выдачи \_\_\_\_\_

Регистрационный номер документа \_\_\_\_\_ Серия документа \_\_\_\_\_

Номер документа \_\_\_\_\_ Дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**прошу допустить меня к вступительному испытанию и участию в конкурсе для поступления в ординатуру по следующим условиям:**

**Номенклатура специальностей ординатуры ПГФА**

- 33.08.01 Фармацевтическая технология  
(в 2022 году только коммерция)

- 33.08.02 Управление и экономика фармации  
(в 2022 году только-коммерция)

- 33.08.03 Фармацевтическая химия и фармакогнозия  
(в 2022 году только коммерция)

Можно выбрать две специальности; расположите в порядке убывания приоритетности (предпочтения): 1 – наиболее значимая; 5 – наименее значимая)	Условия поступления (выбрать нужное)
<p><b>1 приоритет</b></p> <hr/> <p>наименование специальности</p>	<p><input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг</p> <p><input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 57 и 60 Правил приема</p>
<p><b>2 приоритет</b></p> <hr/> <p>наименование специальности</p>	<p><input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг</p> <p><input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 57 и 60 Правил приема</p>
<p><b>3 приоритет</b></p> <hr/> <p>наименование специальности</p>	<p><input type="checkbox"/> по договору об оказании платных образовательных услуг</p> <p><input type="checkbox"/> на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 57 и 60 Правил приема</p>

**Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста (или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста) (при наличии):**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_ и 12значный номер свидетельства об аккредитации \_\_\_\_\_

Специальность \_\_\_\_\_

Протокол заседания аккредитационной комиссии № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_\_ г.

Место проведения аккредитации специалиста \_\_\_\_\_

**Сведения о сертификате специалиста (при наличии):**

Сертификат по специальности \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Регистрационный номер \_\_\_\_\_  
(первые 6 символов) (7 символов)

Дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

## Сведения об индивидуальных достижениях (при наличии – отметить нужное):

<input type="checkbox"/> Стипендиат Президента РФ, Правительства РФ	<input type="checkbox"/> Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в журнале ВАК (по специальностям 14.04.00)	
<input type="checkbox"/> Документ установленного образца с отличием	<input type="checkbox"/> Знак отличия Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса «Готов к труду и обороне»	
<input type="checkbox"/> Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в РИНЦ	<input type="checkbox"/> Средний балл (диплома), полученный по программе специалитета _____ баллов	
<input type="checkbox"/> дипломант Всероссийской студенческой олимпиады "Я - профессионал"	<input type="checkbox"/> Получение гранта на выполнение научного исследования, реализацию инновационного проекта и т.п., соавтор патентов, изобретения	
<input type="checkbox"/> Добровольческая волонтерская деятельность	<input type="radio"/> в сфере охраны здоровья <input type="radio"/> в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий <b>по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции</b> в количестве _____ часов (не менее 150 ч.)	
<input type="checkbox"/> <b>Общий стаж работы в должностях</b> медицинских и (или) <b>фармацевтических работников</b> (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам <b>высшего мед. или фармацевтического образования</b> ):		
на должностях мед. и (или) фармацевтических работников	со <b>средним</b> профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки; от 9 месяцев)	_____ лет _____ месяцев
	с <b>высшим</b> образованием (1,0 ставка по основному месту работ; от 9 месяцев до 1,5 лет)	_____ лет _____ месяцев
	с <b>высшим</b> образованием (1,0 ставка по основному месту работ; от полутора лет и более)	_____ лет _____ месяцев
	с <b>высшим</b> образованием в медицинских и (или) <b>фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках</b> (не менее 9 мес.)	_____ лет _____ месяцев
<input type="checkbox"/> Деятельность в сфере охраны здоровья, включающая в себя проведение мероприятий <b>по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (не менее 30 календарных дней)</b>		
<u>трудовая</u> деятельность на должностях <b>медицинских</b> работников с <b>высшим</b> и <b>средним</b> профессиональным образованием, на должностях <b>младшего медицинского персонала</b>	_____ месяцев _____ дней	
<u>прохождение практической подготовки</u> по образовательной программе <b>медицинского</b> образования (специалитета, бакалавриата, магистратуры)	_____ месяцев _____ дней	

- При проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью в создании специальных условий: нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)
- На период обучения в общежитии: нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ Подпись

✓ **Я ознакомлен(а), в том числе через информационные системы общего пользования:**

- ⇒ с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
- ⇒ с копией свидетельства о государственной аккредитации образовательных программ по специальностям ординатуры;
- ⇒ с датами завершения приема заявления о согласии на зачисление;
- ⇒ с Правилами приема на обучение, утвержденными ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

\_\_\_\_\_ Подпись

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

\_\_\_\_\_ Подпись

✓ **Согласен(а) на обработку моих персональных данных**

\_\_\_\_\_ Подпись

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.  
*дата подачи заявления*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*подпись* / *Фамилия И.О.*

## СОГЛАСИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. поступающего полностью)

на основании ст. 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим **заявляю о согласии на распространение** ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России моих персональных данных с целью размещения информации обо мне в электронной информационно-образовательной среде ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в подсистеме «Сервис приема» ФИС ГИА и приема, в федеральной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» (ЕПГУ), в Единой информационной системе приема в ординатуру

(если Вы согласны, то в нижеуказанной таблице можно ничего не заполнять)

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Условия и запреты (вписать «запрет» или указать условия)	Дополнительные условия
Общие персональные данные	Фамилия		
	Имя		
	Отчество (при наличии)		
	Дата рождения (дата, месяц, год)		
	Сведения о гражданстве (отсутствии гражданства)		
	Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспортные данные)		
	Сведения о документе установленного образца (о документе об образовании)		
	Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста или выписке из итогового протокола заседания аккредитационной комиссии о признании поступающего прошедшим аккредитацию специалиста (при наличии)		
	Сведения о сертификате специалиста (при наличии)		
	Условия поступления		
	Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений		
	Адрес электронной почты		
	Адрес, номер телефона		
	Сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования		
Образование			

Сведения о способах, которыми ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России предоставляет доступ к моим персональным данным **неограниченному кругу лиц**:

Способ, информационный ресурс	Действия с персональными данными
<a href="https://pfa.ru/">https://pfa.ru/</a>	Публикация списков поступающих, ранжированных списков для зачисления, приказов о зачислении

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет)	Дополнительные условия
Общие персональные данные	Фамилия		
	Имя		
	Отчество		
	Сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования		
Сведения, которые указываются в списках поступающих, ранжированных списках для зачисления, приказах о зачислении	Сумма конкурсных баллов		
	Количество баллов за тестирование		
	Количество баллов за индивидуальные достижения		
	Наличие заявления о согласии на зачисление		

Настоящее согласие я даю добровольно, оно действует с \_\_\_\_\_ 2022 г.  
(с даты подачи заявления)

по 28 февраля 2023 г. (Согласно п. 54. Правил приема, приказы о зачислении на обучение размещаются в день их издания на официальном сайте и должны быть доступны пользователям официального сайта в течение 6 месяцев со дня их издания).

Я имею право письменно потребовать прекратить распространять мои персональные данные. ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в этом случае обязано немедленно прекратить распространять мои персональные данные.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи