

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:

(Поступающий вправе участвовать в конкурсе **не более чем по 2 специальностям**. Поступающий вправе одновременно поступать **по различным условиям поступления**.

Расположите их в порядке убывания приоритетности (предпочтения):

(1 – наиболее значимая; 8 – наименее значимая)

Специальности	№ приоритета	Условия поступления
33.08.01 Фармацевтическая технология		места в пределах целевой квоты (бюджет) *
		основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
		по договору об оказании платных образовательных услуг
		на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема
33.08.02 Управление и экономика фармации		места в пределах целевой квоты (бюджет) *
		основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
		по договору об оказании платных образовательных услуг
		на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема
33.08.03 Фармацевтическая химия и фармакогнозия		места в пределах целевой квоты (бюджет) *
		основные места в рамках контрольных цифр приема (бюджет)
		по договору об оказании платных образовательных услуг
		на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема

*заказчики целевого обучения размещают предложения на ЕЦП «Работа в России»

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 « _____ » _____ 20 _____ 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.

Заявление о приеме на обучение – ПГФА - 2024

Сведения об индивидуальных достижениях (при наличии – отметить нужно):

<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 или 3.4)
<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 checked="" type="radio"/>	в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции в количестве _____ часов (не менее 150 ч.)
<input type="radio"/>		в сфере охраны здоровья: <ul style="list-style-type: none"> • помощь в оказании медицинских услуг, медицинском специальном и общем уходе; • содействие популяризации здорового образа жизни и профилактики заболеваний, включая социально значимые; • содействие популяризации донорства крови и ее компонентов, донорства костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток; • содействие в обучении и оказании первой помощи (помощь в медицинском сопровождении массовых мероприятий); • содействие профорientации школьников в сфере медицины; • информационная, консультационная, психологическая, просветительская, досуговая и иная поддержка пациентов и их родственников 	
<input type="checkbox"/>	Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников (период военной службы, связанной с осуществлением медицинской деятельности) если трудовая деятельность (военная служба) осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам высшего мед. или фармацевтического образования:		
на должностях мед. и (или) фармацевтических работников	со средним профессиональным образованием (не менее 0,5 ставки; от 9 месяцев)	_____ лет _____ месяцев	
	с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы; от 9 месяцев до 1,5 лет)	_____ лет _____ месяцев	
	с высшим образованием (1,0 ставка по основному месту работы; от полутора лет и более)	_____ лет _____ месяцев	
	с высшим образованием в медицинских и (или) фармацевтических организациях, расположенных в сельских населенных пунктах либо рабочих поселках (не менее 9 мес.)	_____ лет _____ месяцев	
<input type="checkbox"/>	Деятельность в сфере охраны здоровья, включающая в себя проведение мероприятий по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (не менее 30 календарных дней)		
<u>трудовая</u> деятельность в должностях медицинских работников с высшим или средним профессиональным образованием, в должностях младшего медицинского персонала		_____ месяцев _____ дней	
<u>прохождение</u> практической подготовки по образовательной программе медицинского образования (специалитета, бакалавриата, магистратуры)		_____ месяцев _____ дней	

По специальности 33.05.01 «Фармация» обучалась (обучался) на местах в пределах целевой квоты _____ да / нет

(нужное подчеркнуть)

Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ являюсь / не являюсь

(нужное подчеркнуть)

• При проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью в создании специальных условий: _____ нуждаюсь/не нуждаюсь (нужное подчеркнуть)

_____ Подпись

• 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);

https://pfa.ru/sveden/files/Licenziya_Ordinatura.pdf

⇒ с копией свидетельства о государственной аккредитации образовательных программ по специальностям ординатуры;

<https://pfa.ru/sveden/files/akkreditaciya.pdf>

⇒ с датами завершения приема документа установленного образца (диплома);

<https://pfa.ru/sveden/files/zim/2024 - p.2. - Informaciya o sroках nachala i zaversheniya priema dokumentov....pdf>

⇒ с Правилами приема на обучение, утвержденными ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

<https://pfa.ru/sveden/files/ais/2024 - Pravila priema na obuchenie 2 - ordinatura PGFA - 30,05,24.pdf>

_____ Подпись

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

_____ Подпись

✓ Подтверждаю при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр - отсутствие у поступающего диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если поступающий подает заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной поступающим в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки

_____ Подпись

✓ Ознакомлен(а) с информацией об обязательстве представить документ установленного образца (диплом) не позднее дня завершения приема документа установленного образца (если поступающий не представил указанный документ при подаче заявления о приеме)

_____ Подпись

✓ Согласен(а) на обработку моих персональных данных _____ Подпись

« _____ » _____ 2024 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
https://pfa.ru/	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 и оригинала документа установленного образца		

Настоящее согласие я даю добровольно, оно действует с _____ 2024 г.
(с даты подачи заявления)

по 28 февраля 2025 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.

« ____ » _____ 2024 г.
Дата

Подпись

Расшифровка подписи

ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ
поступающего в ординатуру ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России в 2024 году

(фамилия, имя, отчество (полностью) поступающего в родительном падеже)

со следующими документами ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России:
(согласно ст. 55 N 273-ФЗ от 29.12.2012 "Об образовании в Российской Федерации")

- Уставом,

https://pfa.ru/sveden/files/Ustav_novaya_redakciya.pdf

- сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности,

https://pfa.ru/sveden/files/Licenziya_Ordinatura.pdf

- сведениями о дате предоставления и регистрационном номере государственной аккредитации образовательной деятельности по реализуемым образовательным программам,

<https://pfa.ru/sveden/files/akkreditaciya.pdf>

- образовательными программами ординатуры,

специальность 33.08.01 Фармацевтическая технология

<https://pfa.ru/sveden/education/programs/farmaceuticheskaya-tehnologiya-33.08.01.html>

специальность 33.08.02 Управление и экономика фармации

<https://pfa.ru/sveden/education/programs/upravlenie-i-ekonomika-farmacii-33.08.02.html>

специальность 33.08.03 Фармацевтическая химия и фармакогнозия

<https://pfa.ru/sveden/education/programs/farmaceuticheskaya-himiya-i-farmakognoziya-33.08.03.html>

- документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся,

<https://pfa.ru/sveden/document/>

- информацией о проводимом конкурсе при поступлении в ординатуру и итогах его проведения

<https://pfa.ru/abitur/ordinat/>

« _____ » _____ 2024 г.
Дата ознакомления

Подпись