

При поступлении имею следующие особые права:

(документ, подтверждающий наличие таких прав)

Прошу предоставить мне следующие специальные условия для сдачи вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью:

(необходимые специальные условия)

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в _____ году _____

(название высшего образовательного учреждения)

и получил (а) высшее образование (специалитет) по специальности (направлению)

Диплом серия _____ № _____ дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончил(а) в _____ году ординатуру по специальности 31.08.59 Офтальмология в

(название образовательного учреждения)

и получил квалификацию «Врач-офтальмолог».

Сведения о свидетельстве об аккредитации специалиста/сертификате специалиста (при наличии) _____

Сведения о наличии/отсутствии индивидуальных достижений, указанных в Правилах приема в аспирантуру Учреждения в 2025 году – имею / не имею (нужное подчеркнуть).
Для учета индивидуальных достижений в общей сумме конкурсных баллов документы на них предоставляются отдельно.

В случае непоступления, прошу вернуть оригиналы документов: на руки , доверенному лицу , почтой .

Вступительные испытания буду сдавать очно по следующему адресу: Москва, Бескудниковский бульвар, д.59А

Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных (фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, образца личной подписи, профессиональной подготовки и образовании, сведениях о льготах) то есть совершения, в том числе следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства

Российской Федерации, 2006, N31, ст. 3451).

Оператор, осуществляющий обработку персональных данных: ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России. Юридический адрес: 127486, г. Москва, ул. Бескудниковский бульвар, д. 59А.

Обработка персональных данных может осуществляться исключительно в целях оказания образовательных услуг надлежащего качества и объёма в соответствии с законодательством и нормативными документами РФ, гласности и открытости деятельности экзаменационной комиссии Учреждения.

Срок действия согласия на обработку персональных данных: с момента подачи документов в приемную комиссию до выхода приказа о зачислении в аспирантуру Учреждения, либо до добровольного отзыва моих документов из приемной комиссии.

В случае зачисления в Учреждение согласен(-сна) с передачей вышеуказанных данных в информационные системы, базы и банки данных управления контингентом и персоналом Учреждения с их последующей обработкой, согласно действующему законодательству РФ.

(подпись)

| | |
|--|--------------------|
| В общежитии <input type="checkbox"/> не нуждаюсь / <input type="checkbox"/> нуждаюсь | _____ (подпись) |
| Противопоказаний для обучения на вышеуказанном направлении подготовки не имею | _____ (подпись) |
| С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере высшего профессионального и дополнительного образования с приложениями ознакомлен(а) | _____ (подпись) |
| С государственной аккредитацией по данному направлению ознакомлен(а) | _____ (подпись) |
| С Уставом Учреждения, Правилами внутреннего распорядка, ознакомлен(а) | _____ (подпись) |
| С порядком оказания платных образовательных услуг ознакомлен(а) | _____ (подпись) |
| Получаю высшее образование данного уровня впервые <input type="checkbox"/> / не впервые <input type="checkbox"/> | _____ (подпись) |
| Подавал(а) заявления не более чем в три вуза | _____ (подпись) |
| С датами завершения представления оригинала документа об образовании, заявления о согласии на зачисление ознакомлен(а) | _____ (подпись) |

| | |
|--|--------------------|
| С Правилами приема, порядком проведения вступительных испытаний и условиями зачисления ознакомлен(а) | _____ (подпись) |
| Ознакомлен(а) с правилами подачи апелляции при приеме по результатам проведения вступительных испытаний, проводимых Учреждением самостоятельно | _____ (подпись) |
| С информацией о предоставляемых поступающим особым правах и преимуществах при приеме на обучение ознакомлен(а) | _____ (подпись) |
| С реализацией образовательной программы с использованием дистанционных образовательных технологий при необходимости согласен (согласна) | _____ (подпись) |
| Подтверждаю, что лично несу ответственность за достоверность предоставленных сведений и документов. Я информирован(а), что приемная комиссия для проверки представленных сведений вправе обращаться в соответствующие государственные информационные системы и организации. | _____ (подпись) |
| Я уведомлен(а), что передача логина и пароля в случае прохождения дистанционных вступительных испытаний третьим лицам, ведет к аннулированию результатов экзаменов | _____ (подпись) |
| Я уведомлен(а) об ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств договору целевого обучения | _____ (подпись) |

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (дата подачи заявления) _____ (подпись заявителя) _____ (ФИО)

Ф.И.О. и контакты законных представителей _____

