

Регистрационный номер _____

Директору

Государственного бюджетного профессионального
образовательного учреждения "Краснодарский краевой
базовый медицинский колледж" министерства
здравоохранения Краснодарского края Ф.А. Нехай

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ **№** _____

Когда и кем выдан _____

Регистрация _____

Проживающего (ей) по адресу _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня на специальность

Очная форма обучения или очно-заочная _____

на места, финансируемые из краевого бюджета или по договору об оказании платных образовательных услуг

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в _____ году:

Аттестат об основном общем образовании, аттестат об среднем образовании, диплом о среднем профессиональном образовании

Серия _____ № _____

Иностранный язык: _____

Среднее профессиональное образование получаю впервые (ДА или НЕТ) _____ (подпись)

Ознакомлен (в том числе через информационные системы общего пользования) с уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним по выбранной специальности с образовательными программами, Правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении

_____ (подпись)

Подлинник документа об образовании предоставить до **15:00 15 августа 2021** года (включительно)

С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен: _____ (подпись)

Не нуждаюсь в общежитии

Необходимость создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи инвалидностью или ограниченностью
возможностью здоровья: _____ не нуждаюсь

Средний балл: _____ (подпись)
" ____ " _____ 2021 г.

Подпись ответственного лица приемной комиссии _____