

Регистрационный номер _____

Директору Государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения Нижегородской области «Арзамасский медицинский колледж» Трофимовой Г.А.

от гр. _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения _____

документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ номер _____ когда выдан _____

адрес регистрации _____

контактный телефон _____

СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня на очную форму обучения (за счет бюджетных ассигнований бюджета Нижегородской области / по договору об оказании платных образовательных услуг) (*нужное подчеркнуть*) по специальности _____ квалификация _____

Имею основное общее / среднее общее / среднее профессиональное / высшее образование (*нужное подчеркнуть*), документ об образовании и (или) документ об образовании и о квалификации аттестат / диплом (*нужное подчеркнуть*) серия, номер _____ дата выдачи _____ кем выдан _____

Результат освоения образовательной программы, указанной в представленном документе государственного образца об образовании (средний балл) составляет _____ баллов.

Подпись	Расшифровка подписи

При поступлении прошу учесть наличие индивидуальных достижений _____

(реквизиты документа(ов), подтверждающего наличие достижений)

При зачислении прошу учесть наличие договора о целевом обучении _____

(реквизиты договора о целевом обучении)

Подпись	Расшифровка подписи
Проинформирован (а) об отсутствии общежития	

Нуждаюсь в необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (при их наличии) в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья (да/нет) (*нужное подчеркнуть*)

Подпись	Расшифровка подписи
Среднее профессиональное образование получаю впервые / не впервые	
С Уставом, Лицензией на право осуществления образовательной деятельности в сфере профессионального образования, Свидетельством о государственной аккредитации ознакомлен (а)	
С правилами приема, условиями обучения в ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж» на 2025-2026 учебный год ознакомлен (а)	
С сроком предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации (15 августа 2025 г. до 16:00) ознакомлен (а)	
Согласен (а) на обработку своих персональных данных в связи с приемом в ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж» в порядке, установленном ФЗ от 27.06.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»	

Дата подачи заявления «____» _____ 2025 г.

Секретарь приемной комиссии _____ (_____)

Дата регистрации заявления «____» _____ 2025 г.

Данные абитуриента внесены в систему ФИС ГИА и Приема «____» _____ 2025 г.

_____ (_____)