

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Директору  
ГБПОУ МО «Московский областной  
медицинский колледж №1»  
С.Р. Бабаяну

От \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

Дата рождения \_\_\_\_\_ место рождения \_\_\_\_\_

Гражданство \_\_\_\_\_ документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу \_\_\_\_\_

Адрес постоянной регистрации \_\_\_\_\_

Окончившего (ей) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_

(наименование образовательного учреждения)

Документ об образовании \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Контактные данные (моб. телефон, электронная почта) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня для обучения в **головном корпусе** ГБПОУ МО «Московский областной  
медицинский колледж № 1» по специальности

форма обучения \_\_\_\_\_

на места \_\_\_\_\_

(за счет средств бюджета, с оплатой полной стоимости обучения)

Место работы, должность (профессия) и общий трудовой стаж (при наличии) \_\_\_\_\_

Изучал (а) иностранный язык \_\_\_\_\_

О себе дополнительно сообщаю \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись поступающего)

Среднее профессиональное образование получаю

---

(впервые, не впервые/ Ф.И.О., подпись  
поступающего)

С Уставом ГБПОУ МО «Московский областной  
медицинский колледж № 1», лицензией на  
право осуществления образовательной  
деятельности, свидетельством о государственной  
аккредитации, правилами приема и правилами  
подачи апелляций ознакомлен (а)

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

С датой предоставления подлинника  
документа об образовании не позднее  
\_\_\_\_\_августа 2023 г. ознакомлен (а)

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

С датой предоставления оригиналов  
документов о результатах медицинского  
осмотра не позднее 31 октября 2023 г.  
ознакомлен (а)

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

Согласен (а) на обработку своих персональных  
данных в порядке, установленным  
Федеральным законом РФ от 27.07.2006г.  
№ 152 ФЗ «О персональных данных»

---

(Ф.И.О., подпись поступающего)

Ответственный сотрудник приемной  
комиссии

---

(Ф.И.О., подпись)