**УВЕДОМЛЕНИЕ**

о намерении обучаться в ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,уведомляю о намерении обучаться по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности: (нужное подчеркнуть)

|  |  |
| --- | --- |
| На базе основного общего образования  **(9 кл.)** | На базе среднего общего образования  **(11 кл.)** |
| * сестринское дело * фармация | * сестринское дело * лечебное дело * акушерское дело * фармация |

по очной форме обучения, на места в рамках контрольных цифр приема/на основе договоров об оказании платных образовательных услуг (нужное подчеркнуть)

в государственном профессиональном образовательном учреждении РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж» , расположенном по адресу**: Республика Марий Эл, город Йошкар-Ола, улица Пролетарская, дом 68,**

**Обязуюсь в течение первого года обучения:**

- **представить** в государственном профессиональном образовательном учреждении РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж» **оригинал документа об образовании** и (или) документа об образовании и о квалификации, удостоверяющего наличие образования, необходимого для зачисления;

- **пройти обязательные предварительные медицинские осмотры** (обследования) при обучении по специальностям, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования), в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. N697 и предоставить результаты медицинского осмотра (обследования) в государственное профессиональное образовательное учреждение РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

**Подтверждаю, что мной не подано (не будет подано) уведомление о намерении обучаться** в другие организации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись поступающего) (ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись законного представителя (ФИО)

поступающего)

**Уведомление принял сотрудник Приемной комиссии**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (ФИО)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

о намерении обучаться в ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,уведомляю о намерении обучаться по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности: (нужное подчеркнуть)

|  |  |
| --- | --- |
| На базе основного общего образования  **(9 кл.)** | На базе среднего общего образования  **(11 кл.)** |
| * сестринское дело * фармация | * сестринское дело * лечебное дело * акушерское дело * фармация |

по очной форме обучения, на места в рамках контрольных цифр приема/на основе договоров об оказании платных образовательных услуг (нужное подчеркнуть)

в государственном профессиональном образовательном учреждении РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж» , расположенном по адресу**: Республика Марий Эл, город Йошкар-Ола, улица Пролетарская, дом 68,**

**Обязуюсь в течение первого года обучения:**

- **представить** в государственном профессиональном образовательном учреждении РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж» **оригинал документа об образовании** и (или) документа об образовании и о квалификации, удостоверяющего наличие образования, необходимого для зачисления;

- **пройти обязательные предварительные медицинские осмотры** (обследования) при обучении по специальностям, входящим в перечень специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования), в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 14 августа 2013 г. N697 и предоставить результаты медицинского осмотра (обследования) в государственное профессиональное образовательное учреждение РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

**Подтверждаю, что мной не подано (не будет подано) уведомление о намерении обучаться** в другие организации по договорам об образовании, заключаемым при приеме на обучение за счет средств физических и (или) юридических лиц в ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись поступающего) (ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись законного представителя (ФИО)

поступающего)

**Уведомление принял сотрудник Приемной комиссии**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (ФИО)