

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Дедова Ольга Андреевна  
Должность: Директор Рязанского филиала ПГУПС  
Дата подписания: 14.06.2024 22:22:26  
Уникальный программный ключ:  
9abb198844dd20b92d5826d8a9981a2787b556ef

Регистрационный номер: \_\_\_\_\_  
Директору Рязанского филиала ПГУПС  
О.А. Дедовой

Пол. \_\_\_\_\_, полных лет: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_  
Гражданство: Российская Федерация (наименование населенного пункта)  
Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

(индекс, наименование населенного пункта, улица, дом, квартира)

Документ, удостоверяющий личность: Паспорт РФ

(серия, №, кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

СНИЛС: \_\_\_\_\_

Иностранный язык (который изучал): \_\_\_\_\_

В общежитии на период обучения: \_\_\_\_\_  
(Нуждаюсь/Не нуждаюсь)

Контактный телефон (поступающего): +7(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_

Сведения об образовании и документе об образовании установленного образца:

Образование: \_\_\_\_\_

Документ о полученном образовании: \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

Окончил: \_\_\_\_\_

Отношусь к лицам, которым предоставлено право преимущественного или первоочередного приема в соответствии с частью 4 статьи 68 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»: «Да» / «Нет» (*нужное подчеркнуть*). Оригинал документа, подтверждающего вышеуказанное будет представлен мной в срок.

Отношусь к лицам, требующим создания специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья:  
«Да» / «Нет» (*нужное подчеркнуть*)

Способ возврата поданных документов: Лично  
О себе дополнительно сообщаю:

### ЗАЯВЛЕНИЕ

*Прошу принять меня на обучение по следующим условиям поступления, в соответствии с указанными приоритетами:*

| № | Специальность | Форма обучения | На места | На базе образования |
|---|---------------|----------------|----------|---------------------|
| 1 |               |                |          |                     |
| 2 |               |                |          |                     |
| 3 |               |                |          |                     |

В качестве результатов освоения образовательной программы общего образования сообщая следующие данные документа об образовании:

| Количество пятёрок | Количество четвёрок | Количество троек | Средний балл |
|--------------------|---------------------|------------------|--------------|
|                    |                     |                  |              |

Дата подачи заявления «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

С лицензией на право ведения образовательной деятельности и приложениями к ней по выбранной специальности ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

С наличием свидетельства о государственной аккредитации и приложением к нему по выбранным специальностям ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

С уставом, правилами внутреннего распорядка, а также условиями обучения ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

С образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен (а) \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

Среднее профессиональное образование получаю впервые \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

С датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен(а). \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

С правилами приёма граждан на обучение по программам среднего профессионального образования в университет на 20\_\_\_/20\_\_\_ учебный год ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

Согласен(а) на обработку моих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

**ПРЕДУПРЕЖДЁН** об обязательности прохождения медицинской комиссии в связи с утверждением перечня специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового или служебного контракта по соответствующей должности или специальности. \_\_\_\_\_  
(подпись абитуриента)

Подпись поступающего на обучение \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя, при наличии доверенности \_\_\_\_\_

Подпись сотрудника приемной комиссии \_\_\_\_\_