

Регистрационный № _____

Директору Санкт-Петербургского
государственного бюджетного
профессионального образовательного
учреждения «Медицинский техникум №2»
О.П.Баженовой

ОТ

Фамилия:	Гражданство:
Имя:	Паспорт: № _____
Отчество:	Кем и когда выдан:
Дата рождения:	
Место рождения:	

Регистрация по адресу (по паспорту):

(индекс, полный адрес постоянной регистрации, район)

Телефон (____) _____
(код)

фотография

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе аттестатов на обучение по основной профессиональной образовательной программе подготовки специалистов среднего звена по специальности «Медицинский массаж (для лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)» базового уровня на базе среднего общего образования по очной форме обучения

- по очной форме обучения
- на места, финансируемые из средств бюджета Санкт-Петербурга
- на места по договорам с оплатой стоимости обучения

О себе сообщаю следующее:

Образовательное учреждение _____

Год окончания _____ Аттестат _____ Диплом _____

Иностранный язык, который изучался в школе _____

Имею отношение к следующей категории лиц:

- дети – сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;
- лица с ограниченными возможностями здоровья (инвалиды);
- член многодетной семьи;
- ни к какой из данных категорий не отношусь.

Средний балл аттестата _____

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись абитуриента _____

Среднее профессиональное образование получаю:

впервые *подпись абитуриента* _____

повторно *подпись абитуриента* _____

С Уставом СПб ГБПОУ «Медицинский техникум № 2», с лицензией на право образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, правилами приема, условиями обучения, правилами внутреннего распорядка ОЗНАКОМЛЕН и обязуюсь их выполнять.

Подпись абитуриента _____

Копия документа об образовании должна быть заменена оригиналом 31.07.2016.

Подпись абитуриента _____

В общежитии нуждаюсь Подпись абитуриента _____	В общежитии не нуждаюсь Подпись абитуриента _____
--	---

Иногородние ОБЯЗАНЫ зарегистрироваться в Санкт-Петербурге на период обучения

Подпись абитуриента _____

Дата и подпись ответственного секретаря Приемной комиссии _____

Договор № _____ от « _____ » _____ 2016 г.	Зачислить на первый курс по специальности «Медицинский массаж (для лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)» Директор _____ О.П.Баженова Приказ № _____ от « _____ » _____ 2016 г.
--	--