##  Регистрационный номер

### Ректору СПбГУПТД от

|  |  |
| --- | --- |
| ФамилияИмяОтчествоДата рождения г.Место рождения | Гражданство:Документ, удостоверяющий личность № Когда и кем выдан: |

Проживающего (ей) по адресу:

Почтовый адрес

Телефоны: *моб.*

*дом.* *e-mail*:

####  ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять мои документы для поступления в ВШТЭ СПбГУПТД и допустить меня к участию в конкурсе на направления подготовки:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код | Наименование направления подготовки | О**\*** | ОЗ**\*** | З**\*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*** - О – очное, ОЗ – очно-заочное, З – заочное; (отметить в графе: **б** – бюджетные места, **вб** – места по договорам с оплатой обучения)

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям по: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Окончил (а) в \_\_\_\_\_\_\_\_ году образовательное учреждение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование и населенный пункт)

Уровень образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 высшее образование (бакалавр, дипломированный специалист, специалист, магистр)

Диплом Серия №

Имею диплом «с отличием» 🖵

Иностранный язык: английский 🖵, немецкий 🖵, французский 🖵, испанский 🖵, другой 🖵

Воинская обязанность: есть 🖵, нет 🖵 Документ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу предоставить специальные условия при проведении вступительных испытаний как лицу с ограниченными возможностями здоровья на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🖵

В общежитии на период обучения: нуждаюсь 🖵, не нуждаюсь 🖵

Прошу рассмотреть зачисление на места с оплатой стоимости обучения, если набранного мною общего балла окажется недостаточно для поступления на места за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета 🖵.

Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучения (в случае представления оригиналов документов): доверенному лицу 🖵, по почтовому адресу 🖵

В специальных условиях организации образовательного процесса по состоянию здоровья (сахарный диабет, нарушение слуха, зрения и др.): нуждаюсь 🖵, не нуждаюсь 🖵

Дата г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись поступающего)

Высшее образование данного уровня получаю впервые, отсутствие диплома специалиста (кроме квалификации «дипломированный специалист»), диплома магистра подтверждаю 🖵, не впервые 🖵

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

 (Подпись поступающего)

С Уставом СПбГУПТД, копией лицензии на осуществление образовательной деятельности и приложением к ней, свидетельством о государственной аккредитации и приложением к нему, в т.ч. с перечнем аккредитованных образовательных программ, правилами приема, информацией о предоставляемых поступающим особых правах и преимуществах при приеме, расписанием вступительных испытаний и правилами подачи апелляций, в т.ч. через информационные системы общего пользования ознакомлен(а):

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

(Подпись поступающего)

С датой завершения предоставления оригинала документа установленного образца об образовании на каждом этапе и на каждой стадии зачисления, с датами завершения представления сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а):

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

 (Подпись поступающего)

С информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления, ознакомлен (а)

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

(Подпись поступающего)

С датами завершения приема заявлений о согласии на зачисление ознакомлен(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись поступающего)

Согласен (на) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (Приложение № 1)

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

 (Подпись поступающего)

Подпись ответственного лица приёмной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 (Расшифровка подписи)