

Регистрационный номер \_\_\_\_\_

Директору бюджетного профессионального образовательного учреждения Орловской  
области «Орловский базовый медицинский колледж»  
Труфанову Антону Сергеевичу  
(филиал №1 БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

от  
**Фамилия** \_\_\_\_\_  
**Имя** \_\_\_\_\_  
**Отчество (при наличии)** \_\_\_\_\_  
**Дата рождения** «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
**Документ, удостоверяющий личность** \_\_\_\_\_  
**серия** \_\_\_\_\_ **№** \_\_\_\_\_ **когда и кем выдан** \_\_\_\_\_

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

**телефон** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_  
**СНИЛС** \_\_\_\_\_

Прошу принять мои документы на специальность, для обучения по которой планируется поступать в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»:

|                                                                              |                          |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Очная форма обучения (на базе основного общего образования, 9 кл.)</b>    | <input type="checkbox"/> |
| 34.02.01 Сестринское дело, квалификация: медсестра/медбрат                   | <input type="checkbox"/> |
| 31.02.01 Лечебное дело, квалификация: фельдшер                               | <input type="checkbox"/> |
| <b>за счет средств областного бюджета (в рамках контрольных цифр приема)</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>места по договорам об оказании платных образовательных услуг</b>          | <input type="checkbox"/> |

**О себе сообщаю следующее:** окончил (а) в \_\_\_\_\_ году:

|                                                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| общеобразовательную организацию                                     | <input type="checkbox"/> |
| образовательное учреждение начального профессионального образования | <input type="checkbox"/> |
| образовательное учреждение среднего профессионального образования   | <input type="checkbox"/> |
| другое                                                              | <input type="checkbox"/> |

**Аттестат** ☐ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

**Иностранный язык (основной):** английский ☐, немецкий ☐, французский ☐, другой ☐, не изучал(а) ☐.

**Общежитие:** нуждаюсь ☐, не нуждаюсь ☐.

**О себе дополнительно сообщаю:**

**индивидуальные достижения:** не имею ☐ / имею ☐ (указать какие, например: наличие статуса победителя и призера в олимпиадах по биологии, химии и т.п., чемпионата «Абилимпикс»)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

Подпись поступающего

Среднее профессиональное образование получаю  
впервые ☐, не впервые ☐.

Подпись поступающего

**ознакомлен(а) (в том числе через информационные системы общего пользования) с:**

Уставом БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж»

Подпись поступающего

со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере  
лицензии на осуществление образовательной деятельности

Подпись поступающего

сведениями о дате предоставления и регистрационном номере  
государственной аккредитации образовательной деятельности по  
реализуемым образовательным программам

Подпись поступающего

с образовательными программами и другими документами,  
регламентирующими организацию и осуществление образовательной  
деятельности, права и обязанности обучающихся

Подпись поступающего

правилами приема в БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский  
колледж», правилами подачи апелляций ознакомлен(а)

Подпись поступающего

датой предоставления оригинала документа об образовании и (или)  
квалификации (**не позднее 15 августа 2026 г.**).

Подпись поступающего

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

Подпись поступающего

Создание специальных условий при проведении вступительного  
испытания в связи с инвалидностью или ограниченными  
возможностями здоровья

нуждаюсь ☐ / не нуждаюсь ☐

Подпись поступающего

копию договора (заявки) на целевое обучение

представляю ☐ / не представляю ☐

Подпись поступающего

отношусь к лицам, имеющим право преимущественного приёма (ч.4  
ст.68 ФЗ "Об образовании в Российской Федерации")

да ☐ / нет ☐

Подпись поступающего

отношусь к лицам, имеющим право первоочередного приёма (ч.4  
ст.68 ФЗ "Об образовании в Российской Федерации")

да ☐ / нет ☐

Подпись поступающего

Подпись ответственного лица приемной комиссии

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

Подпись ответственного лица