# Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ректору ФГБОУ ВО «Краснодарский государственный ИНСТИТУТ культуры»

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Документ, удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе для поступающих на базе высшего образованияпри поступлении на места в рамках КЦП, места по договорам об оказании платных образовательных услуг *(нужное подчеркнуть)* по образовательной программе:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код, наименование направления подготовки (специальности) | Направленность (вид подготовки, специализация) | На места в рамках КЦП | На места по договорам |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

По очной , заочной форме обучения

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям, проводимым вузом самостоятельно:

**1. Специальная дисциплина/ Профильное вступительное испытание**

**2. Иностранный язык**

Прошу создать специальные условия при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья / индивидуальностью:

|  |  |
| --- | --- |
| Вступительное испытание | Специальные условия |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Специальные условия создать на основе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать сведения о документах, подтверждающих необходимость специальных условий)

Сведения о предыдущем уровне образования и документе об образовании и (или) документе об образовании и о квалификации, его подтверждающем:

Окончил(а) в \_\_\_\_\_\_\_\_ году

наименование учебного заведения, город

Диплом специалиста магистра серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставляю: оригинал копия

Дополнительно сообщаю о наличии индивидуальных достижений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(при наличии, указываются сведения о них)

Потребность в предоставлении места для проживания в общежитии в период обучения:

нуждаюсь, не нуждаюсь

Почтовый адрес *(указывается по желанию)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

e-mail *(указывается по желанию)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу вернуть поданные документы в случае непоступления на обучение (при предоставлении оригиналов документов): лично при предъявлении расписки, доверенному лицу при предъявлении расписки, через оператора почтовой связи общего пользования на вышеуказанный почтовый адрес *(нужное подчеркнуть)*

С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности, копией свидетельства о государственной аккредитации (или с информацией об отсутствии указанного свидетельства) и приложениями к ним ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С датами завершения представления поступающими оригинала документа установленного образца при зачислении на места в рамках контрольных цифр приема, с датой завершения представления поступающими сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг, ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С правилами приёма, утвержденными КГИК самостоятельно, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний, проводимых вузом самостоятельно, ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Оповещен(а) об отсутствии возможности подачи заявления и сдачи вступительных испытаний с использованием дистанционных технологий и (или) на языке республики Российской Федерации, на иностранном языке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Согласен(а) на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

С информацией об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении о приёме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Высшее образование данного уровня получаю впервые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Поступая для получения высшего образования на места в рамках контрольных цифр приема по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре, обязуюсь представить документ установленного образца не позднее дня завершения его приема

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

(подпись)

Оригинал документа об образовании предоставлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Подпись поступающего (доверенного лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_