

**Содержит персональные данные**

Председателю приемной комиссии, ректору  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  
профессору В.А. Лазаренко

\_\_\_\_\_  
*ФИО полностью в род. падеже*

\_\_\_\_\_  
Дата рождения

\_\_\_\_\_  
Место рождения

\_\_\_\_\_  
Гражданство

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_  
*серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения*

\_\_\_\_\_  
СНИЛС

\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации

\_\_\_\_\_  
*страна, индекс, регион, район, нас. пункт, улица, дом, квартира*

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Уникальный код,  
присвоенный поступающему

***ЗАЯВЛЕНИЕ***

Прошу допустить меня к участию в конкурсе по специальностям **высшего образования (программам магистратуры)**, по договорам об оказании платных образовательных услуг в соответствии с моим выбором в следующем приоритетном порядке:

№	Специальность (очная форма обучения)	Приоритет
1		
2		

**Сведения о предыдущем образовании (подчеркнуть нужное)**

высшее (бакалавр, специалист, дипломированный специалист, магистр), год получения \_\_\_\_\_

Наименование образовательной организации \_\_\_\_\_

Адрес образовательной организации \_\_\_\_\_

*страна, индекс, регион, район, нас. пункт, улица, дом*

**Сведения о документе об образовании или о документе об образовании и о квалификации**

**(выбрать нужное):** документ о высшем образовании с приложением (для документов, полученных после 01.01.2014), диплом о высшем профессиональном образовании с приложением (для документов, полученных до 01.01.2014) \_\_\_\_\_

*серия (при наличии), номер, дата выдачи*

Иностранный язык \_\_\_\_\_ (указать какой)

Преимущественное право зачисления  нет  да

\_\_\_\_\_  
*указать основание, реквизиты подтверждающего документа*

Имею индивидуальные достижения  нет  да

\_\_\_\_\_  
*указать вид достижения, реквизиты подтверждающего документа*

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям, проводимым Университетом самостоятельно

последующим предметам: \_\_\_\_\_  
 Сведения о необходимости создания специальных условий при проведении вступительных испытаний (для инвалидов) \_\_\_\_\_  
 Общежитие: нуждаюсь / не нуждаюсь \_\_\_\_\_  
 Высшее образование данного уровня получаю впервые / не впервые \_\_\_\_\_  
 (подпись поступающего)

Способ возврата оригиналов документов (лично / по почте / другое \_\_\_\_\_)  
 (подпись поступающего)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подтверждаю

достоверность сведений, указанных в заявлении о приеме и подлинность представленных документов. Об ответственности (в том числе уголовной) за сообщение ложных сведений или предоставление поддельных документов, а также отчислении из КГМУ в случае установления нарушения порядка приема, повлекшего по вине обучающегося его незаконное зачисление в КГМУ предупрежден(а)	(подпись поступающего)
с правилами приема, утвержденными организацией самостоятельно, а также с документами и информацией, указанными в части 2 статьи 55 Федерального закона №273-ФЗ ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
с датами завершения заключения договоров об образовании ознакомлен	(подпись поступающего)
с правилами подачи апелляций по результатам вступительных испытаний, проводимых Университетом самостоятельно, ознакомлен	(подпись поступающего)
Я согласен (а) на передачу КГМУ информации в федеральную государственную информационную систему «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» через федеральную информационную систему приема в автоматизированном режиме с целью получения мною информации о ходе и результатах рассмотрения заявления о приеме и иных заявлений, поданных мною, расписании вступительных испытаний (при наличии) и их результатов, ранжированных списков поступающих и изменений, внесенных в них, информации о зачислении поступающих в соответствии с требованиями Положения о функционировании Суперсервиса "Поступление в ВУЗ онлайн" в рамках приемной кампании 2025/26 учебного года, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 26 января 2023 года № 89	(подпись поступающего)

Заявление принял(а) (подпись ответственного лица приемной комиссии) \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава  
России профессору В.А. Лазаренко  
поступающего (ей)

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_  
*серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения*

\_\_\_\_\_  
телефон

уведомление.

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

подтверждаю, что на момент подачи документов в приемную комиссию  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России был уведомлен о необходимости  
прохождения медицинского осмотра.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.)

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России  
профессору В.А. Лазаренко  
поступающего (ей)

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_  
серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения

\_\_\_\_\_  
телефон

заявление.

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

прошу приобщить к документам моего личного дела копию паспорта для использования в образовательном процессе данных, содержащихся в ней, а также ее дальнейшего хранения в личном деле.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.)

**Согласие  
на обработку персональных данных абитуриента**

Я, _____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

*(адрес)*

**принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе:**

фамилия, имя, отчество; дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; сведения об образовании; сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством; сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах; сведения о наградах и личных достижениях; контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах; личное фото; СНИЛС

**и даю согласие на их обработку**

на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)

**исключающую**

сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение

**своей волей и в своих интересах**

федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, **расположенному по адресу:**

Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

**с целью**

организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**на срок:** 1 год с момента подписания данного согласия.

**Порядок отзыва согласия**

указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомьтесь с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.

**Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:**

осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

**Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.**

**Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ *(личная подпись)* *(инициалы, фамилия)*

**Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ *(личная подпись)* *(инициалы, фамилия)*

*(должность)*

*(личная подпись)*

*(инициалы, фамилия)*

**Согласие  
на распространение персональных данных абитуриента**

Я, _____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

*(адрес)*

**принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе:**

все, нижеуказанные, либо:

фамилия, имя, отчество;

дата и место рождения, а также иные данные, содержащиеся в удостоверении личности;

адрес регистрации и фактического проживания;

сведения об образовании;

сведения о необходимости создания специальных условий, в том числе данные медицинского характера, в случаях прямо предусмотренных действующим законодательством;

сведения о наличии или отсутствии особых прав, в том числе о социальном статусе и социальных льготах;

сведения о наградах и личных достижениях;

контактные номера телефонов, адрес(а) электронной почты, сведения о сдаче ЕГЭ и его результатах;

личное фото; СНИЛС

**и даю согласие на их передачу (распространение):**

на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации)

**своей волей и в своих интересах**

федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, **расположенному по адресу:**

Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

**с целью**

организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**на срок:** 1 год с момента подписания данного согласия.

**Порядок отзыва согласия на распространение персональных данных**

указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомьтесь с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ.

**Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:**

осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона №152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

**Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные для распространения являются полными, актуальными и достоверными.**

**Я обязуюсь своевременно извещать об изменении своих персональных данных, предоставленных для распространения.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ *(личная подпись)* *(инициалы, фамилия)*

**Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ *(личная подпись)* *(инициалы, фамилия)*

*(должность)*

*(личная подпись)*

*(инициалы, фамилия)*

**Согласие на обработку персональных данных родителя в случае заключения договора об обучении на внебюджетной основе**

Согласие на обработку персональных данных		
Я, _____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	
зарегистрированный по адресу: _____		
<i>(адрес)</i>		
<b>принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе:</b> фамилия, имя, отчество; данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; место работы; контактные номера телефонов <b>и даю согласие на их обработку</b> на бумажных носителях (обработка персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации) <b>включающую</b> сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение <b>своей волей и в своих интересах</b> федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, <b>расположенному по адресу:</b> Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3 <b>с целью</b> организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации <b>на срок:</b> 1 год с момента подписания данного согласия. <b>Порядок отзыва согласия</b> указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ. <b>Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:</b> осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона № 152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных». <b>Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.</b> <b>Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.</b>		
« _____ » _____ 20 _____ г.	<i>(личная подпись)</i>	<i>(инициалы, фамилия)</i>
<b>Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность</b>		
« _____ » _____ 20 _____ г.	<i>(должность)</i>	<i>(личная подпись)</i>
<i>(инициалы, фамилия)</i>		
Согласие на распространение персональных данных		
Я, _____	_____	_____
<i>(фамилия)</i>	<i>(имя)</i>	<i>(отчество)</i>
<i>(основной документ, удостоверяющий личность)</i>	<i>(номер основного документа, удостоверяющего личность)</i>	
<i>(сведения о дате выдачи указанного документа)</i>	<i>(сведения о выдавшем указанный документ органе)</i>	
зарегистрированный по адресу: _____		
<i>(адрес)</i>		
<b>принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе:</b> <input type="checkbox"/> все, нижеуказанные, либо: <input type="checkbox"/> фамилия, имя, отчество; <input type="checkbox"/> данные, содержащиеся в удостоверении личности; <input type="checkbox"/> адрес регистрации и фактического проживания; <input type="checkbox"/> место работы; <input type="checkbox"/> контактные номера телефонов <b>и даю согласие на их передачу (распространение):</b> на бумажных носителях (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (распространение персональных данных с использованием средств автоматизации) <b>включающую</b> сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), передачу (предоставление), передачу (доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение <b>своей волей и в своих интересах</b> федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, <b>расположенному по адресу:</b> Курская область, г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3 <b>с целью</b> организации и проведения приемной кампании федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации <b>на срок:</b> 1 год с момента подписания данного согласия. <b>Порядок отзыва согласия на распространение персональных данных</b> указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться с Политикой обработки персональных данных в КГМУ можно на официальном сайте КГМУ. <b>Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов:</b> осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона № 152 от 27 июля 2006 г. «О персональных данных». <b>Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными.</b> <b>Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных.</b>		
« _____ » _____ 20 _____ г.	<i>(личная подпись)</i>	<i>(инициалы, фамилия)</i>
<b>Предоставленные данные соответствуют предъявленным документам, удостоверяющим личность</b>		
« _____ » _____ 20 _____ г.	<i>(должность)</i>	<i>(личная подпись)</i>
<i>(инициалы, фамилия)</i>		

Председателю приемной комиссии, ректору  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  
профессору В.А. Лазаренко

\_\_\_\_\_  
*ФИО полностью в род. падеже*

\_\_\_\_\_  
Дата рождения

\_\_\_\_\_  
Место рождения

\_\_\_\_\_  
Гражданство

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_  
*серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения*

\_\_\_\_\_  
СНИЛС

\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации

\_\_\_\_\_  
*страна, индекс, регион, район, нас. пункт, улица, дом, квартира*

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон

\_\_\_\_\_  
E-mail

## **ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на зачисление**

В соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования я заявляю о согласии на зачисление в Университет в отношении всех условий поступления, указанных в моем заявлении о приеме на обучение по программам магистратуры.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_  
подпись

Председателю приемной комиссии, ректору  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  
профессору В.А. Лазаренко

\_\_\_\_\_  
*ФИО полностью в род. падеже*

\_\_\_\_\_  
Дата рождения

\_\_\_\_\_  
Место рождения

\_\_\_\_\_  
Гражданство

\_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_  
*серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения*

\_\_\_\_\_  
СНИЛС

\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации

\_\_\_\_\_  
*страна, индекс, регион, район, нас. пункт, улица, дом, квартира*

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон

\_\_\_\_\_  
E-mail

## **ЗАЯВЛЕНИЕ об отзыве согласия на зачисление**

Я, в соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, настоящим заявлением отзываю свое согласие на зачисление, поданное « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 года, в Университет.

Я проинформирован(а) о том, что лицо, включенное в число зачисленных на обучение и отозвавшее согласие на зачисление, исключается из числа зачисленных на обучение; лицо, отозвавшее согласие на зачисление, не исключается из списков лиц, подавших документы, и из конкурсных списков.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_  
подпись

Председателю приемной комиссии, ректору  
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  
профессору В.А. Лазаренко

*ФИО полностью в род. падеже*

Дата рождения

Место рождения

Гражданство

Документ, удостоверяющий личность

*серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения*

СНИЛС

Адрес регистрации

*страна, индекс, регион, район, нас. пункт, улица, дом, квартира*

Контактный телефон

E-mail

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

### **об отзыве документов**

Я отзываю документы, поданные для поступления на обучение в Университет по образовательным программам высшего образования - программам магистратуры.

Я уведомлен, что при отзыве документов поступающий исключается из списков лиц, подавших документы, списков поступающих и не подлежит зачислению (исключается из числа зачисленных).

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

Ректору ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава  
России профессору В.А. Лазаренко

\_\_\_\_\_  
*ФИО полностью в родит. падеже*

СНИЛС

Паспорт

\_\_\_\_\_  
*серия, номер, кем и когда выдан*

ID

## **ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от зачисления**

Я отказываюсь от зачисления в ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России на места по договорам об оказании платных образовательных услуг для обучения по образовательной программе высшего образования (специальности) \_\_\_\_\_  
указать шифр и наименование специальности

Я уведомлен(а), что заявление об отказе от зачисления является основанием для исключения поступающего из числа зачисленных на обучение в Университет.

Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.