

## Содержит персональные данные

Регистрационный номер \_\_\_\_\_  
(присваивается приемной комиссией)

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 следующим специальностям **среднего профессионального образования**, в соответствии с моим выбором

№	Специальность, форма обучения	В рамках КЦП (бюджет)	На договорной основе (внебюджет)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

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

среднее общее, среднее профессиональное, высшее, год получения \_\_\_\_\_

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

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

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

Результаты освоения образовательной программы основного общего или среднего общего образования: Средний балл аттестата \_\_\_\_\_;

Оценка аттестата по химии \_\_\_\_\_ балла (ов); по биологии \_\_\_\_\_ балла (ов); по русскому языку \_\_\_\_\_ балла (ов).

**Сведения о документе об образовании или о документе об образовании и о квалификации (выбрать нужное):** аттестат о среднем общем образовании с приложением, аттестат о среднем (полном) общем образовании с приложением (для документов, полученных до 01.01.2014), диплом о СПО с приложением, 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*

## Содержит персональные данные

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

### Сведения о наличии права первоочередного и/или преимущественного зачисления:

Право на прием на обучение за счет бюджетных ассигнований в первоочередном порядке  нет  да

указать основание, реквизиты подтверждающего документа

Преимущественное право зачисления  нет  да \_\_\_\_\_

указать основание, реквизиты подтверждающего документа

Имею индивидуальные достижения  нет  да

указать вид достижения, реквизиты подтверждающего документа

Необходимо создание специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью:

нет  да, имею документ, подтверждающий ограниченные возможности здоровья или инвалидность (копия должна быть предоставлена): \_\_\_\_\_

Общежитие:  нуждаюсь  не нуждаюсь

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

(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 уставом Университета, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а)	(подпись поступающего)
получаю среднее профессиональное образование впервые	(подпись поступающего)
с датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации ознакомлен(а)	(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.

**Содержит персональные данные**

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.)

## Содержит персональные данные

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.)

## 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

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

#### **об отзыве оригинала документа об образовании**

Я отзываю оригинал документа об образовании, поданный в Университет для поступления на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования

Наименование документа (указать) \_\_\_\_\_

Серия, номер, дата выдачи \_\_\_\_\_

Я уведомлен, что

1) при отзыве оригинала документа об образовании поступающий не исключается из списков лиц, подавших документы, списков поступающих;

2) поступающий на обучение в рамках контрольных цифр подлежит зачислению, если по состоянию на день завершения выставления отметок об оригинале и приема оригинала выполнены следующие условия:

- информация о документе установленного образца подтверждена сведениями из ФРДО либо Университетом, и на ЕПГУ имеется отметка о представлении в Университет оригинала документа установленного образца;

- в Университете имеется представленный поступающим оригинал документа установленного образца.

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

## 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

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе программы**

Я в соответствии с Правилами приема настоящим заявляю о согласии на зачисление в ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России для обучения по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности

\_\_\_\_\_  
(код и наименование специальности)

на бюджетные места

Внебюджетные места

(выбрать и отметить галочкой одно основание приема).

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

## 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

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

#### **об отзыве документов**

Я отзываю документы, поданные для поступления на обучение в Университет по образовательным программам среднего профессионального образования.

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_  
подпись

## Содержит персональные данные

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  
(указать нужное)

**на места в рамках контрольных цифр приема (бюджетные места)**

**на места по договорам об оказании платных образовательных услуг**

для обучения по образовательной программе среднего профессионального  
образования по специальности) \_\_\_\_\_

указать шифр и наименование специальности/направления подготовки

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

Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Согласие  
на обработку персональных данных абитуриента**

**Содержит персональные данные**

(имя)

(отчество)

(основной документ, удостоверяющий личность)

(номер основного документа, удостоверяющего личность)

(сведения о дате выдачи указанного документа)

(сведения о выдавшем указанный документ органе)

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 (распространение персональных данных без использования средств автоматизации) и смешанным способом (обработка персональных данных с использованием средств автоматизации)

**включая**

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. Ознакомиться 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.

(должность)

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)

**Согласие  
на распространение персональных данных абитуриента**

Я,

(фамилия)

(имя)

(отчество)

(основной документ, удостоверяющий личность)

(номер основного документа, удостоверяющего личность)

(сведения о дате выдачи указанного документа)

(сведения о выдавшем указанный документ органе)

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. Ознакомиться 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.

(должность)

(личная подпись)

(инициалы, фамилия)

# Содержит персональные данные

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

### Согласие на обработку персональных данных

Я,	_____	_____	_____
	(фамилия)	(имя)	(отчество)
	_____	_____	_____
	(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
	_____	_____	
	(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу:	_____		
	(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных в составе:	_____		
фамилия, имя, отчество; данные, содержащиеся в удостоверении личности; адрес регистрации и фактического проживания; место работы; контактные номера телефонов			
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)			
включаящую			
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. Ознакомиться 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.	_____	_____	_____
	(должность)	(личная подпись)	(инициалы, фамилия)

### Согласие на распространение персональных данных

Я,	_____	_____	_____
	(фамилия)	(имя)	(отчество)
	_____	_____	_____
	(основной документ, удостоверяющий личность)	(номер основного документа, удостоверяющего личность)	
	_____	_____	
	(сведения о дате выдачи указанного документа)	(сведения о выдавшем указанный документ органе)	
зарегистрированный по адресу:	_____		
	(адрес)		
принимаю решение о предоставлении своих персональных данных для распространения в составе:	_____		
<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			
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)			
включаящую			
сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление), уточнение (изменение), извлечение, использование, передачу (распространение), 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 на распространение персональных данных			
указан в Политике обработки персональных данных в КГМУ, пункт 12.13. Ознакомиться 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.	_____	_____	_____
	(должность)	(личная подпись)	(инициалы, фамилия)