

2 прил. 9 а

Департамент здравоохранения Вологодской области
бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Вологодской области

ВОЛОГОДСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

П Р И К А З

09 января 2024 года

№ 2

г.Вологда

Об утверждении бланков
приемной комиссии

В целях организации приема граждан на обучение по программам среднего профессионального образования, в соответствии с контрольными цифрами приема на 2024/ 2025 учебный год
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить следующие бланки приемной комиссии :

- Заявление (допуск к участию в конкурсе) (приложение № 1)
- Направление на предварительный медицинский осмотр лица, поступающего на обучение (приложение № 2)
- Заявление о выдаче документов (приложение № 3)
- Извещение(о допуске к вступительным испытаниям) (приложение № 4)
- Экзаменационная ведомость (приложение № 5)
- Расписка о приеме документов (приложение № 6)
- Экзаменационный лист (приложение № 7)
- Журнал регистрации абитуриентов (приложение № 8)
- Согласие на обработку персональных данных (приложение № 9, 9а)
- Заявление о переносе даты тестирования (приложение № 10)

Директор



О.В.Кашникова

Регистрационный номер _____

Директору БПОУ ВО «Вологодский
областной медицинский колледж»

от _____
(ФИО)

Дата рождения _____

Документ, удостоверяющий личность
_____ серия _____ № _____,
когда и кем выдан _____

Номер страхового свидетельства
обязательного пенсионного страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на направление подготовки по специальности:

«Лечебное дело» , «Сестринское дело»

Форма обучения: очная , очно-заочная

В рамках контрольных цифр приема (на места, финансируемые из областного бюджета) .

На места по договорам об оказании платных образовательных услуг .

Иностранный язык (указать один): английский , немецкий ,
французский , другой _____, не изучал(а) .

Общежитие: нуждаюсь , не нуждаюсь

Необходимость создания для поступающего специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья:

(перечень необходимых условий)

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

Среднее профессиональное образование получаю: впервые , не впервые

(подпись поступающего)

Ознакомление с уставом образовательной организации, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся

(подпись поступающего)

Ознакомление (в том числе через информационные системы общего пользования) с датой предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации.

(подпись поступающего)

Согласие на обработку полученных в связи с приемом в образовательную организацию персональных данных поступающих

(подпись поступающего)

Подпись ответственного лица приемной комиссии: _____ (Е.А. Лодыгина)

«__» _____ 2024 г.

Зачислить на I курс по специальности: _____

Приказ № _____ от «__» _____ 2024г.

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ (ПЕРИОДИЧЕСКИЙ)
МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР**

Дата выдачи « _____ » _____ 2024 год

Наименование организации, выдавшей направление: БПОУ ВО «Вологодский
областной медицинский колледж»

Электронная почта: vbmu@mail.ru

Контактный телефон: 8(8172) 75-01-00

ОКВЭД 85.21

Наименование медицинской организации: _____

Фактический адрес местонахождения: _____

Код по ОГРН _____ Электронная почта _____

Контактный телефон _____

Фамилия, имя , отчество _____

Дата рождения _____ Пол работника _____

Наименование структурного подразделения (при наличии) _____

«Лечебное дело»

«Сестринское дело»

Наименование должности(профессии) или вида работы _____

Фельдшер

Медицинская сестра/медицинский брат

Вредные и (или) опасные производственные факторы, виды работ, в соответствии со
списком контингента : **п. 27 Приложения № 1 к приказу № 29н.**

Номер медицинского полиса обязательного и (или) добровольного медицинского
страхования _____

Ответственный секретарь приемной
комиссии _____

(Е.А.Лодыгина)

м.п.
.....

Направление на предварительный медицинский осмотр получил:

дата

подпись

расшифровка подписи

Приложение № 3

Директору БПОУ ВО «Вологодский
областной медицинский колледж»
О.В. Кашниковой
от абитуриента _____

(ф.и.о)

(Регистрационный №, специальность)

заявление.

Прошу выдать мне документы, так как:

1. Я отказываюсь от участия в конкурсе .
2. Я отказываюсь от зачисления .

« _____ » _____ 2024 г.

Подпись

Приложение № 3

Директору БПОУ ВО «Вологодский
областной медицинский колледж»
О.В.Кашниковой
от абитуриента _____

(ф.и.о)

(Регистрационный №, специальность)

заявление.

Прошу выдать мне документы, так как:

1. Я отказываюсь от участия в конкурсе .
2. Я отказываюсь от зачисления .

« _____ » _____ 2024 г.

Подпись

БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»

ИЗВЕЩЕНИЕГр. _____
Фамилия, имя, отчество

Решением приёмной комиссии Вы допущены к вступительным испытаниям по специальности _____
очная, очно-заочная форма обучения.

Вам подлежит прибыть в учебное заведение « _____ »
к _____ часам и получить экзаменационный лист № _____ у ответственного секретаря приёмной комиссии.

Перечень проводимых испытаний: Психологическое тестирование.

« _____ » _____ 2024г. Ответственный секретарь
приёмной комиссии _____ / Е.А.Лодыгина/

Примечание:

1. В случае опоздания или неявки в установленный срок, Вы можете быть допущены к приёмным испытаниям по личному заявлению с разрешения ответственного секретаря приёмной комиссии.
2. Иногородним абитуриентам на время сдачи приемных испытаний общежитие предоставляется.
3. По прибытию в учебное заведение иметь при себе извещение и документы, удостоверяющие личность.

бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Вологодской области

«Вологодский областной медицинский колледж»

ЭКЗАМЕНАЦИОННАЯ ВЕДОМОСТЬ

вступительные испытания по специальности _____

форма обучения: очная , очно-заочная

Дата испытания _____ 2024 года

Начало испытания _____ Окончание испытания _____

Фамилия и инициалы экзаменаторов: А.В.Калинин
Н.А.Маслова

№ п/п	Ф.И.О. экзаменуемых	специальность	Результат	Подпись экзаменаторов
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				

19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Число экзаменовавшихся абитуриентов _____

Число абитуриентов, не явившихся на испытания _____

Ответственный секретарь приемной комиссии _____ (Е.А. Лодыгина)

« _____ » _____ 2024года

БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»

РАСПИСКА № _____

в приёме документов от абитуриента _____,
(ФИО)

поступающего на очное, очно-заочное
(нужное подчеркнуть)

по специальности: Лечебное дело, Сестринское дело

Приняты документы:

1. Заявление
2. Документ об образовании (аттестат)
3. Документ документе об образовании и о квалификации (диплом)
4. Четыре фотографии
5. Ксерокопия паспорта
6. Медицинская справка (заключение) о прохождении обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования) по соответствующей должности или специальности.
7. _____

Принял:

Ответственный секретарь приемной комиссии: _____ (Е.А.Лодыгина)

« _____ » _____ 2024 года

В случае утери данной расписки следует немедленно заявить в учебное заведение.

БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»

Экзаменационный лист № _____

Специальность: Лечебное дело , Сестринское дело

Группа № _____

Форма обучения: очная , очно-заочная

Фамилия _____

Имя, отчество _____

Фото _____
Личная подпись поступающегоПечать Ответственный секретарь
приёмной комиссии _____ (Е.А.Лодыгина)

примечание:

1. Экзаменационный лист служит пропуском на приёмные испытания.
2. Передача испытаний не разрешается.

Приложение № 7

БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж»

Экзаменационный лист № _____

Специальность: Лечебное дело , Сестринское дело

Группа № _____

Форма обучения: очная , очно-заочная

Фамилия _____

Имя, отчество _____

Фото _____
Личная подпись поступающегоПечать Ответственный секретарь
приёмной комиссии _____ (Е.А.Лодыгина)

Примечание:

1. Экзаменационный лист служит пропуском на приёмные испытания.
2. Передача испытаний не разрешается.

**Журнал регистрации
абитуриентов**

СОДЕРЖИТ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский
колледж»160011, г. Вологда, ул. Герцена, д.60
тел./факс 75-33-68

СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных на обработку персональных данных

Я, _____

(полностью фамилия, имя, отчество)

Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

(когда и кем выдан)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие БПОУ ВО «Вологодский областной медицинский колледж» (адрес: г. Вологда, ул. Герцена, д. 60) (далее - Колледж) на обработку (в том числе: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение) указанных в настоящем согласии персональных данных в целях осуществления Колледжем всех действий, связанных с рассмотрением заявления на поступление в Колледж:

- фамилия, имя, отчество (общедоступные данные);
- дата рождения;
- сведения о предыдущем уровне образования;
- биометрические данные (фото);
- образование (оригинал или копия документа об образовании и (или) документ об образовании и квалификации);
- копия договора о целевом обучении;
- копия документа, удостоверяющего личность;
- оригинал или копия документов, подтверждающих результаты индивидуальных достижений;

в том числе, на передачу указанных в настоящем согласии персональных данных в органы государственной власти Российской Федерации и Вологодской области, органы местного самоуправления муниципальных образований Вологодской области, иным организациям и учреждениям, публичное опубликование в списках для зачисления на сайте Колледжа и стенде приемной комиссии.

Настоящее согласие действительно в течение срока, установленного законодательством РФ, для достижения целей, указанных в данном согласии.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

« ____ » _____ 2024 г.

(подпись)

**Согласие на обработку персональных данных,
разрешенных субъектом персональных данных для распространения**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____

_____ (когда и кем выдан)
руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своих интересах заявляю о согласии на распространение **БПОУ ВО "Вологодский областной медицинский колледж** (ОГРН 1033500038593, ИНН 3525043680, зарегистрированному по адресу: 160011, Вологодская область, г. Вологда, ул. Герцена, д.60) моих персональных данных, с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, в целях осуществления всех действий, связанных с поступлением в Колледж, на стендах Учреждения, а также на официальном сайте Учреждения в сети "Интернет" по адресу: <https://vlgmedcol.ru/>

Категория персональных данных	Перечень персональных данных	Разрешаю к распространению неограниченному кругу лиц (да/нет)	Условия и запреты
Персональные данные	Фамилия		
	Имя		
	Отчество		
	Средний балл по документу об образовании		
	Результаты вступительных испытаний		

Настоящее согласие действительно в течение срока, установленного законодательством РФ, для достижения целей, указанных в данном согласии.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Порядок защиты субъектом персональных данных своих прав и законных интересов осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных».

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Директору БПОУ ВО «Вологодский
областной медицинский колледж»
О.В. Кашниковой
от абитуриента _____

(ф.и.о)

(Регистрационный №, специальность)

заявление

Прошу разрешить перенести дату вступительных испытаний в связи

« _____ » _____ 2024 г.

Подпись