|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

### ЗАЯВА-АНКЕТА для оформлення екзаменаційного листка (у разі дистанційної реєстрації)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу зареєструвати мене для участі у вступному(их) випробуванні(ях) для вступу для здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Бердянському державному педагогічному університеті**                                                                         (найменування закладу вищої освіти)  за спеціальністю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Для реєстрації надаю такі дані:  прізвище \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ім'я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  по батькові (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ, що посвідчує особу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                         (тип документа)                               (серія (за наявності)), номер реєстраційний номер облікової картки платника податків (РНОКПП) (за наявності) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Дані про освіту:**  здобуду освітній ступінь бакалавра (магістра медичного, фармацевтичного або ветеринарного спрямування) у1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                              (найменування закладу вищої освіти) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дані довідки, що підтверджує факт замовлення диплома бакалавра (магістра медичного, фармацевтичного або ветеринарного спрямування)2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  здобув(ла) освітній ступінь бакалавра (магістра) або освітньо-кваліфікаційний рівень спеціаліста3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дані документа про здобутий ступінь (освітньо-кваліфікаційний рівень) вищої освіти3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (серія)                                  (номер)  **Дані, необхідні для формування екзаменаційного листка:**  **Загальна інформація:**  номер(и) контактного(их) телефону(ів) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  інформація про необхідність створення особливих умов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  код особливих (спеціальних) умов для осіб з особливими освітніми потребами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата та номер медичного висновку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Інформація про вступні випробування:**  відмітка про бажання скласти єдиний вступний іспит (ЄВІ)    так   ні  назва іноземної мови, із якої бажаю скласти ЄВІ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  населений пункт, у якому бажаю скласти ЄВІ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  відмітка про бажання пройти єдине фахове вступне випробування (ЄФВВ)    так   ні  населений пункт, у якому бажаю пройти ЄФВВ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  спрямування предметного(их) тестування(ань), з якого(их) бажаю пройти ЄФВВ:  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прошу екзаменаційний листок, сформований за підсумками реєстрації:     зберігати в приймальній комісії до мого особистого звернення;     надіслати мені засобами поштового зв'язку на таку поштову адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Зазначені мною дані правильні** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) |
| Електронна адреса для листування \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  До заяви додаю:     копію документа, що посвідчує особу;     копію документа, що підтверджує інформацію про РНОКПП (за наявності);     копію документа, що підтверджує причину невнесення до анкети інформації про РНОКПП4:;    копію довідки, виданої за місцем навчання, щодо планового завершення навчання та отримання диплома в рік вступу (для осіб, які завершують навчання в поточному році, персональні дані яких не вносять до Єдиної державної бази з питань освіти);    копію документа про здобутий ступінь вищої освіти (освітньо-кваліфікаційний рівень) (для осіб, які завершили навчання в минулі роки);     копію медичного висновку за формою первинної облікової документації 086-3/о (у разі необхідності створення особливих умов для проходження зовнішнього незалежного оцінювання);     фотокартку для документів.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1 Зазначають особи, які завершують здобуття освітнього ступня бакалавра чи магістра медичного, фармацевтичного або ветеринарного спрямування в рік проведення вступних випробувань.  2 Зазначають особи, персональні дані яких не вносять до Єдиної державної бази з питань освіти та які завершують здобуття освітнього ступня бакалавра чи магістра медичного, фармацевтичного або ветеринарного спрямування в рік проведення вступних випробувань.  3 Зазначають особи, які завершили здобуття першого (бакалаврського) рівня вищої освіти в минулі роки.  4 Надають громадяни України, які в установленому законодавством порядку відмовилися від прийняття РНОКПП, та особи, які не є громадянами України й не отримували РНОКПП. | | |