|  |
| --- |
| Директору федерального государственного научно-исследовательского учреждения «Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации», академику Российской академии наук, доктору юридических наук, профессору  *Т.Я. Хабриевой* |

**Заявление**

Прошу допустить меня для участия в конкурсе на Выберите элемент. **на базе высшего образования** для поступления на обучения по направлению подготовки 40.04.01 «Юриспруденция» (магистратура) на 1 курс по Выберите элемент. форме обучения магистерской программы Выберите элемент. в федеральное государственное научно-исследовательское учреждения «Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации»

☐ Нуждаюсь в создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нарушения | Реквизиты документа, подтверждающего необходимость создания специальных условий | Перечень специальных условий |
| Ограничение по слуху |  |  |
| Ограничение по зрению |  |  |
| Нарушение двигательных функций |  |  |
| Нарушение речи |  |  |

О себе сообщаю следующее:

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, имя, отчество:** |  |
| **Дата рождения:** |  |
| **Гражданство:** |  |
| **Документ, удостоверяющий личность:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Когда и кем выдан:** |  |
| **Зарегистрирован(а) по адресу**  (страна, индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, строение, квартира) |  |
| **Адрес фактического проживания**  (страна, индекс, регион, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, строение, квартира) |  |
| **Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)** |  |
| **Контактные телефоны:** |  |
| **Электронный адрес:** |  |
| **Окончил(а):** |  |
| **Год окончания:** |  |
| **Вид документа об образовании:** |  |
| **Специальность / направление;**  **квалификация / степень** |  |
| **Серия и номер документа об образовании:** |  |
| **Дата выдачи документа об образовании:** |  |

**В предоставлении общежития не нуждаюсь.**

**Способ возврата оригиналов документов в случае не поступления на обучение (лично/по почте)**

**Почтовый адрес для возврата оригиналов документов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(если указывается способ по почте)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

☐ Имею следующие индивидуальные достижения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

О себе дополнительно сообщаю:

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место для ввода даты.

(подпись поступающего)

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации и приложениями к ним. Уставом института. Правилами внутреннего распорядка. Правилами пользования библиотекой Института. Правилами приема, правилами подачи апелляции. Положением о приемной комиссии. Положением об апелляционной комиссии и условиями обучения в ИЗиСП ознакомлен(а).

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

(подпись поступающего)

Об ответственности за недостоверность сведений, указываемых в данном заявлении и предоставляемых при поступлении, ознакомлена(а).

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

(подпись поступающего)

Высшее профессиональное образование по уровню магистратуры получаю

впервые ☐, не впервые ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего)

С датой предоставление согласия на зачисление ознакомлен(а).

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

(подпись поступающего)

На обработку персональных данных в соответствии с Приложением №1 согласен(а).

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

(подпись поступающего)

Заявление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись ответственного лица организации)