|  |
| --- |
| 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 места по договорам об оказании платных образовательных услуг **на базе высшего образования** для поступления на обучения по направлению подготовки 40.04.01 «Юриспруденция» (магистратура) на 1 курс по \_\_\_\_\_\_\_ форме обучения магистерской программы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 |  |  |

Место сдачи вступительных испытаний с использованием дистанционных технологий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( указывается адрес)

О себе сообщаю следующее:

**Фамилия, имя, отчество:**

**Дата рождения:**

**Гражданство:**

**Документ, удостоверяющий личность:**

**Когда и кем выдан:**

**Зарегистрирован(а) по адресу:**

**Контактные телефоны:**

**Окончил(а):**

**Год окончания: Вид документа об образовании:**

**Серия и номер документа об образовании:**

**Дата выдачи документа об образовании**

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(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(сна)

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

(подпись поступающего)

В предоставлении общежития не нуждаюсь общежития, ознакомлен (а).

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

(подпись поступающего)

Заявление принял\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

(подпись ответственного лица организации)