**Анкета-резюме**

|  |
| --- |
| ФОТО |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (*полностью*) | |  | |
| Дата рождения | |  | |
| Адрес места регистрации | |  | |
| Адрес фактического проживания | |  | |
| СНИЛС | |  | |
| Наименование образовательной организации, которое окончил(-а) | |  | |
| Обучение в медицинском классе | | Обучение в классе с углубленным изучением химии, биологии | |
| * ДА | * НЕТ | * ДА | * НЕТ |
| Средний балл учебы | |  | |
| Научные достижения | |  | |
| Участие в волонтерстве | |  | |
| Участие в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19 либо волонтерство | |  | |
| Семейная медицинская династия | |  | |
| Дополнительная информация (*по желанию*) | |  | |
| Желаемая специальность для поступления | |  | |
| Учреждение, в которое планируется трудоустройство в случае заключения договора | |  | |
| Контактный телефон гражданина | |  | |
| Адрес электронной почты гражданина | |  | |
| Дополнительные контактные данные с указанием ФИО и степени родства (*отец, мать и др.)* | |  | |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись) (Фамилия Инициалы)*