

## УВАЖАЕМЫЕ ШКОЛЬНИКИ И ВЫПУСКНИКИ 2022 ГОДА!

9 апреля 2022 года (суббота) в 14.00 ч. департамент здравоохранения области планирует проведение профориентационного мероприятия «День открытых дверей» с представителями Ярославского государственного медицинского университета и Северного государственного медицинского университета (г. Архангельск) по целевому поступлению в 2022 году в режиме онлайн.

Ответственные секретари приемных комиссий медицинских вузов озвучат основные моменты поступления в образовательные организации в 2022 году и ответят на ваши вопросы. Для предоставления возможности установления обратной связи «вопрос-ответ» требуется наличие микрофона и видеокамеры.

Ссылка для подключения к ВКС будет размещена позднее. С учетом подключения не более 100 участников рекомендуем объединиться в группы.

## УВАЖАЕМЫЕ ШКОЛЬНИКИ И ВЫПУСКНИКИ 2022 ГОДА!

Департамент здравоохранения Вологодской области (далее - департамент) продолжает прием документов в электронном виде для поступления в медицинские вузы на целевое обучение в 2022 году учащихся школ и выпускников средних профессиональных учреждений Вологды, Череповца и районов области.

Прием документов на целевое обучение будет осуществляться до 1 мая 2022 года, просьба ускорить подачу документов ввиду сокращенных сроков регистрации. Обращаем Ваше внимание, что документы, направленные после 1 мая 2022 года, не будут рассмотрены.

Сканы документов на целевое обучение (см. объявление от 1 октября 2021 года) направить в одном файле в формате PDF (архивированные папки не отражаются в почте) с электронного адреса поступающего с указанием в теме письма фамилии поступающего на электронный адрес: [medvuzi@depzdrav.gov35.ru](mailto:medvuzi@depzdrav.gov35.ru).

Обратная связь будет осуществляться по указанному электронному адресу поступающего (не позднее 10 рабочих дней с даты поступления на электронный адрес департамента).

Контактное лицо в департаменте здравоохранения области: Малкова Марина Дмитриевна, тел. 8(8172) 23-00-73 доб. 1971.

ТАБЛИЦА МИНИМАЛЬНЫХ ПРОХОДНЫХ БАЛЛОВ на 2022 год\*

Наименование образовательного учреждения, в котором планируется прохождение подготовки	Наименование специальности высшего профессионального образования	Минимальный проходной балл			Общее количество баллов
		Химия	Биология	Русский	
Ярославский государственный медицинский университет	Лечебное дело	40	50	50	140
	Педиатрия	40	40	50	130
Северный государственный медицинский университет	Лечебное дело	40	40	50	130
	Педиатрия	40	40	50	130
	Стоматология	40	40	50	130
Ивановская государственная медицинская академия	Лечебное дело	42	42	42	126
	Педиатрия	42	42	42	126
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова	Лечебное дело	50	50	50	150
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет	Педиатрия	55	55	55	165
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.И.П.Павлова	Лечебное дело	45	45	45	135
	Стоматология	45	45	45	135
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)	Лечебное дело	55	55	55	165
	Стоматология	55	55	55	165
Петрозаводский государственный университет	Педиатрия	45	50	50	145
Новгородский государственный	Лечебное дело	39	39	40	118

университет им. Ярослава Мудрого					
Санкт-Петербургский государственный химико-фармацевтический университет	Фармация	40	40	40	120

\*согласно утвержденным правилам приема на 2022/2023 учебный год в образовательных организациях высшего образования

### УВАЖАЕМЫЕ ШКОЛЬНИКИ И ВЫПУСКНИКИ 2022 ГОДА!

Департамент здравоохранения Вологодской области с 1 февраля 2022 года организует прием документов в электронном виде для поступления в медицинские вузы на целевое обучение в 2022 году учащихся школ и выпускников средних профессиональных учреждений Вологды, Череповца и районов области.

**Для того, чтобы заявить о себе, необходимо:**

- заполнить **заявление** (см. ниже) **в электронном виде в один ВУЗ на одну специальность**, распечатать и поставить подпись поступающего и представителя несовершеннолетнего;

- оформить **согласие** (см. ниже) на обработку персональных данных **в электронном виде**, распечатать и поставить подпись поступающего и представителя несовершеннолетнего;

- предоставить справку из образовательного учреждения об успеваемости за первое полугодие 11 класса и(или) копию зачетной книжки (аттестат об основном общем образовании) при наличии положительных оценок по химии, биологии, русскому языку;

- эссе «Мой профессиональный выбор»: объем не менее одной страницы печатного текста формата А4 (шрифт Times New Roman, кегль – 14, межстрочный интервал - одинарный), вверху страницы (справа) указать фамилию, имя, отчество, номер школы, класс; внизу (справа) – дата, подпись;

- предоставить копию паспорта (2-3 страницы с фото, 5 страница с регистрацией) и копию СНИЛС.

Сканы перечисленных документов направить **в одном файле в формате PDF с электронного адреса поступающего с указанием в теме письма фамилии поступающего** на электронный адрес: [medvuzi@depzdrav.gov35.ru](mailto:medvuzi@depzdrav.gov35.ru).

Контактное лицо в департаменте здравоохранения области: Малкова Марина Дмитриевна, тел. 8(8172) 23-00-73 доб. 1971.

Обратная связь будет осуществляться по указанному электронному адресу поступающего.

Оригиналы документов предоставляются на момент подписания договора о целевом обучении.

**ВНИМАНИЕ! Документы не могут быть приняты если:**

- представлены не в полном объеме;
- на сканах заявления, согласия на обработку персональных данных отсутствует подпись поступающего и(или) представителя несовершеннолетнего.

В связи с ограничительными мерами по предупреждению распространения коронавирусной инфекции практические занятия в медицинских организациях области в 2022 году проводиться не будут.

Одновременно сообщаем, что медицинские вузы проводят подготовительные курсы для обобщения и систематизирования знаний, повторения наиболее сложных разделов школьной программы, получения углублённой подготовки по предметам вступительных испытаний. Информацию можно узнать на сайтах вузов в разделах «Довузовское образование».

В департамент здравоохранения Вологодской  
области от выпускника

\_\_\_\_\_ (наименование образовательного учреждения)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_

место регистрации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ контактные телефоны:

(дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ СНИЛС: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное  
**бюджетное** образовательное учреждение высшего образования

« \_\_\_\_\_

»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

по специальности \_\_\_\_\_ в рамках целевого обучения.

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина:  
отец (мать) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

место регистрации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ место постоянного проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Контактные телефоны: (дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

В департамент здравоохранения Вологодской  
области от выпускника

\_\_\_\_\_ (наименование образовательного учреждения)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_

место регистрации: \_\_\_\_\_

контактные телефоны:

(дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное **автономное** образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

по специальности \_\_\_\_\_ в рамках целевого обучения.

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина:  
отец (мать) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

место регистрации: \_\_\_\_\_

место постоянного проживания: \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: (дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

В департамент здравоохранения Вологодской  
области от выпускника

\_\_\_\_\_ (наименование образовательного учреждения)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_

место регистрации: \_\_\_\_\_

контактные телефоны:

(дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное  
**бюджетное** образовательное учреждение высшего образования  
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»  
**Министерства науки и высшего образования Российской Федерации**  
по специальности \_\_\_\_\_ в рамках целевого обучения.

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина:  
отец (мать) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

место регистрации: \_\_\_\_\_

место постоянного проживания: \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: (дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

В департамент здравоохранения Вологодской  
области от выпускника

\_\_\_\_\_ (наименование образовательного учреждения)

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

дата рождения: \_\_\_\_\_

место регистрации: \_\_\_\_\_

контактные телефоны:

(дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу направить меня для поступления в федеральное государственное  
**бюджетное** образовательное учреждение высшего образования  
«Петрозаводский государственный университет» **Министерства науки и  
высшего образования Российской Федерации**  
по специальности \_\_\_\_\_ в рамках целевого обучения.

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

Родитель (законный представитель) несовершеннолетнего гражданина:  
отец (мать) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

место регистрации: \_\_\_\_\_

место постоянного проживания: \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: (дом.) \_\_\_\_\_

(моб.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Дата)

\_\_\_\_\_ (Подпись)

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ  
«О персональных данных», проживающий(ая) по адресу регистрации:

\_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность: паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_ выдан (кем) \_\_\_\_\_

в целях исполнения договора об обучении

даю согласие департаменту здравоохранения Вологодской области,  
находящемуся по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, на обработку  
моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество;  
дата и место рождения;  
сведения об образовании;  
место регистрации;  
контактные телефоны;  
данные паспорта гражданина Российской Федерации;  
СНИЛС.

С вышеуказанными персональными данными могут быть совершены  
следующие действия: сбор, проверка, систематизация, накопление, хранение,  
уточнение (обновление, изменение), использование, передача в казенное  
учреждение Вологодской области «Областное казначейство» и в высшее  
медицинское образовательное учреждение, уничтожение персональных  
данных по истечении 5 лет после срока действия договора о целевом обучении.

Данное согласие действует со дня его подписания на период всего срока  
обучения.

Настоящее согласие может быть в любое время отозвано. Отзыв  
оформляется в письменном виде в соответствии с действующим  
законодательством.

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

Согласен(а)

\_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего гражданина)

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

