

**Учреждение образования  
«Могилёвский государственный медицинский колледж»»**

Анкета для получения приглашения на учебу

\* Анкета заполняется печатными буквами  
\*\* Анкета с прилагаемыми документами высылается  
на адрес колледжа  
по почте либо по факсу или e-mail.

адрес: ул.К.Маркса, 13, 212030, г. Могилёв, Республика Беларусь  
тел./факс: +375-222-70-15-56  
E-mail: post@med1.by

ФОТО

**1. ЛИЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Фамилия:** \_\_\_\_\_ **Имя:** \_\_\_\_\_  
(как в паспорте) (как в паспорте)

**Отчество:** \_\_\_\_\_  
(если таковое имеется)

**Пол:** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_ **Гражданство:** \_\_\_\_\_  
(муж./жен) (день/месяц/год)

**Номер паспорта:** \_\_\_\_\_ **Дата выдачи:** \_\_\_\_\_ **Действителен до:** \_\_\_\_\_  
(день/месяц/год) (день/месяц/год)

**Адрес проживания:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Домашний телефон:** \_\_\_\_\_ **Мобильный телефон:** \_\_\_\_\_  
(укажите номера телефонов в международном формате)

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Факс:** \_\_\_\_\_

**Отец:**  
Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

Место работы, должность: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Мать:**  
Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

Место работы, должность: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**Где планируете получать учебную визу?** \_\_\_\_\_

(укажите дипломатическое представительство Республики Беларусь, в котором Вы планируете получать визу)

## 2. ПРЕДЫДУЩЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Вид образования*	Наименование учебного заведения	Период обучения (с по )	Полученный документ**
Среднее образование			
Средне-специальное / профессионально техническое			
Высшее			

\* Указывайте все учебные заведения, в которых проходили обучение

\*\* прикладывайте документы, подтверждающие факт обучения (аттестат, диплом и т.д.)

### 3. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА, НА КОТОРУЮ ПОДАЕТСЯ ЗАЯВЛЕНИЕ

Выберите специальность, на которую планируете поступать:

- Лечебное дело  
 Сестринское дело                       Фармация

Уровень владения русским языком: \_\_\_\_\_  
(не владею / начальный / средний / высокий)

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что информация, изложенная в анкете и сопутствующих документах, является достоверной и подлинной.

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(день/месяц/год)

### Учреждение образования «Могилёвский государственный медицинский колледж»»

ул.К.Маркса 13, 212030, г. Могилев, Республика Беларусь  
[www. med1.by](http://www.med1.by)

тел./факс: +375-222- 70-15-56; +37529 641-81-48

e-mail: post@med1.by