# ҚазОРҒЗИ Басқарма Төрағасына/

# Председателю Правления АО «КАЗНИИОиР»

# Е.Ж. Бекмухамбетову

# От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

аты, жөні/фамилия, имя, отчество

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

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

тұрғылықты мекен-жайы/проживающего по адресу:

Үй телефоны/тел.дом.

Ұялы телефоны/тел. сот.

E-mail:

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

Жеке куәлік №, қашан және кіммен берілген /

№ удостоверения личности, когда и кем выдан

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

ЖСН/ИИН

# Өтініш/Заявление

Мені «Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты» АҚ резидентурасының күндізгі оқу түріне

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

(резидентураның білім беру бағдарламасының коды және атауы)

білім беру бағдарламасы бойынша резиденттер қатарына қабылдауыңызды сұраймын.

Қаржыландыру түрі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(қажеттісін көрсету: Республикалық бюджеттен мемлекеттік білім беру тапсырысы / жергілікті бюджеттен мемлекеттік білім беру тапсырысы / медициналық ұйымдардың қаражаты есебінен / келісімшарт негізінде).*

Оқыту тілі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, егер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тіліндегі топ толық жасақталмаған жағдайда, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тілінде оқуға келісемін.

\*Мен, бұған дейін мемлекеттік білім беру тапсырысы бойынша резидентурада оқымағанымды растаймын. Қазақстан Республикасының «Дербес деректер және оларды қорғау туралы» Заңының 7-бабына сәйкес, менің дербес деректерімді жинауға және өңдеуге келісімімді беремін.

Прошу зачислить меня в число резидентов АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» на очную форму обучения по образовательной программе резидентуры

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»,

## (код и наименование образовательной программы резидентуры)

## форма финансирования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*вписать нужное: государственный образовательный заказ с указанием заказчика (Республиканский бюджет)/государственный образовательный заказ (местный бюджет) / за счет средств медицинских организаций / на договорной основе).*

Язык обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в случае неполной укомплектованности группы на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языке, согласен обучаться на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языке.

\*Я гарантирую, что ранее не обучался в резидентуре по государственному образовательному заказу. Даю согласие на сбор и обработку моих персональных данных в соответствии со статьей 7 Закона Республики Казахстан "О персональных данных и их защите".

## Қолы/Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Күні/Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_