МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

краевое государственное бюджетное

профессиональное образовательное учреждение

«НОРИЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ТЕХНИКУМ»

**АНКЕТА**

|  |
| --- |
| **Ф.И.О.** студента |
| Дата рождения Место рождения |
|  |
| СНИЛС |
| Гражданство |
| Адрес по прописке |
|  |
| Фактический адрес проживания |
|  |
| Домашний № телефона: Сотовый № телефона: |
|  |
| Место работы студента, должность, рабочий № телефона: |
|  |
| **Родители:** |
| **Ф.И.О. отца** |
| Место работы, должность, рабочий № телефона: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Ф.И.О. матери** |
| Место работы, должность, рабочий № телефона: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Ф.И.О. братьев, сестёр, год рождения, какое учреждение посещают: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Семейное положение: Ф.И.О. супруги, супруга, место работы, № телефона: |
|  |
|  |
| Указать социальное положение: **(инвалид 1,2,3 группы, ребёнок-инвалид, инвалид детства,** **опека, дети сироты, многодетные, малообеспеченные)** документ подтверждающий данный статус |
|  |
|  |
| Ф.И.О. опекуна, место работы, должность, № телефона: |
|  |
|  |