|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| И.о. ректора ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России  И.Э. Есауленко  от абитуриента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Гражданство: Российская Федерация  Документ, удостоверяющий личность:  Паспорт гражданина Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия и номер  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем выдан дата выдачи  Почтовый адрес\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  СНИЛС\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронный адрес\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЗАЯВЛЕНИЕ**  **о согласии на зачисление**  Даю свое согласие на зачисление в ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России на следующие условия поступления: | | | | |
| **№** | **№ л.д.** | **Направление,**  **образовательная программа** | **Форма обучения** | **На места** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕЙ ПОДПИСЬЮ СЛЕДУЮЩЕЕ:**  1. В течение первого года обучения обязуюсь представить в ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России оригинал документа установленного образца (при зачислении на места в рамках контрольных цифр приема).  2. Подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и не отозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам аспирантуры на места в рамках контрольных цифр приема.  *\*- поля не обязательные для заполнения* | |
| «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. | / |
|  | (подпись поступающего / (расшифровка) |
|  | |
| Подпись работника приемной комиссии |  |