Председателю приемной комиссии

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского»

Минздрава России

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 *(фамилия, имя, отчество)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Заявляю о своем согласии на зачисление в аспирантуру ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России по направлению подготовки клиническая медицина, профилю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (контрольных цифр приема, по договору об образовании)

на форму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_обучения.

 (очную, заочную)

Подтверждаю, что не подавал(а) заявление о согласии на зачисление/ на обучение на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации либо отозвал(а) ранее поданные заявления о согласии на зачисление на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации.

**Обязуюсь представить в учебно-методический отдел оригинал документа об образовании установленного образца до 1 ноября 2020г.**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_часов \_\_\_\_\_\_\_\_минут *подпись ФИО*