

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 в течение первого года обучения представить в учебно-методический отдел оригинал документа об образовании установленного образца.**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
\_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись ФИО