|  |  |
| --- | --- |
|  | **Главному врачу**  **ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ,**  **д.м.н., проф. Лысенко М.А.** |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  о согласии на зачисление | |
| **Я**, | |

(Фамилия, Имя, Отчество)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: |  | Место рождения: | Гражданство: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Документ, удостоверяющий личность: паспорт | | | серия | |  | № |  |
| Когда и кем выдан: |  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Адрес регистрации (с индексом): | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Адрес фактического проживания  С индексом)  (с индексом): |  |  |
| (с индексом): | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контакты: | мобильный тел.: |  |
|  | домашний: тел.: |  |
|  | рабочий тел.: |  |
|  | e-mail: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| даю согласие на зачисление в ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности: | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование специальности) | | | | |
| Форма обучения |  | очная |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Основа обучения |  | по целевому направлению |  | по договору  с оплатой стоимости обучения |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| и обязуюсь предоставить оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня в  течение первого года обучения, подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и  неотозванные заявления о согласии на зачисления. | | | |
| Документ о высшем профессиональном образовании: диплом серия | \_\_\_\_\_\_\_\_ | № |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| выдан в |  | году | по специальности | \_\_\_\_ |

*(код и полное наименование специальности)*

|  |
| --- |
| в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

(наименование образовательной организации, выдавшей документ)

Подтверждаю, что на момент подачи данного заявления не имею неисполненных мной обязательств по договорам

о целевом обучении. Об ответственности за представление заведомо недостоверных информации предупрежден.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Поступающий: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка) | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление и документы принял: отв. секретарь приемной комиссии | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (расшифровка) | \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_. |