Директору ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»

члену-корреспонденту РАН, профессору, д.м.н. Котенко К.В.

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

(Ф.И.О. полностью)

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

дата и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

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

(кем и когда выдан)

З А Я В Л Е Н И Е

Даю согласие на зачисление в рамках контрольных цифр приема (на бюджетной основе) в очную аспирантуру по направлению подготовки «Клиническая медицина» по профилю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Обязуюсь в течение первого года обучения:

* представить в Центр оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления;
* пройти обязательный предварительный медицинский осмотр (обследование) и представить медицинское заключение (справку).

Подтверждаю, что мною не подано и не будет подано заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в другие организации.

дата подпись