

Председателю приемной комиссии
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Г.А. Игнатенко
поступающего в аспирантуру

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения: _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт _____:

(серия)

(номер)

выдан _____

(кем выдан)

(дата выдачи)

(код подразделения)

Почтовый адрес: _____

(страна, регион, район, индекс, населенный пункт, улица, дом, квартира)

СНИЛС _____

Контактный телефон: _____

Электронный адрес: _____

(по желанию)

ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на зачисление

Прошу зачислить меня в соответствии с указанными ниже условиями поступления и основанием приема в аспирантуру ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России по одному конкретному конкурсу:

(код и наименование направления подготовки/научной специальности)

на основные места в рамках контрольных цифр / на места в рамках контрольных цифр приема в пределах целевой квоты / на места по договору об оказании платных образовательных услуг (*нужное подчеркнуть*).

Форма обучения: очная.

Подтверждаю, что мною не подано (не будет подано) действительное (неотозванное) заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования – программам подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (*нужное подчеркнуть*) на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации.

« ____ » _____ 20__ г.

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись и ФИО работника, принявшего документы)

(подпись поступающего или доверенного лица)

