

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
серия и номер

выдан \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
кем выдан дата выдачи код подразделения

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_  
страна, регион, район, индекс, населенный пункт, улица, дом, квартира

\_\_\_\_\_  
(по желанию)

СНИЛС \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Электронный адрес: \_\_\_\_\_  
(по желанию)

### ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от зачисления

Отказываюсь от зачисления в ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России на следующие условия поступления:

Заявление №	Группа научных специальностей (научная специальность)	Форма обучения	На места (целевая квота, общий конкурс, по договору об оказании платных образовательных услуг)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись поступающего) расшифровка подписи