|  |  |
| --- | --- |
|  |  Директору ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ **Погонченковой И.В.**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)Сведения о гражданстве \_\_\_\_\_\_\_\_ Проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. (моб.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. (дом.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 **о согласии на зачисление**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю согласие на зачисление в ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры **по специальности 31.08.39 Лечебная физкультура и спортивная медицина** по **целевому направлению**.

Обязуюсь представить в ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ в течении первого года обучения оригинал документа установленного образца.

Подтверждаю отсутствие поданных документов в другие организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры в рамках контрольных цифр приема.

*Диплом (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)*

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

(Ф.И.О.) *(подпись)*