|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 **до** **05.09.2023 года** оригинал документа установленного образца.

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

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

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

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

(Ф.И.О.) *(подпись*