Ректору

ФГБОУ ВО КубГМУ

Минздрава России

Алексеенко С.Н.

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

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

Заявление

о согласии на обучение по основной образовательной программе

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

( фамилия, имя, отчество) (дата рождения)

заявляю о согласии на обучение по основной образовательной программе

высшего образования по направлению подготовки (специальности)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на общих условиях в связи с (наименование направления подготовки, специальности)

отсутствием необходимости в адаптации образовательного процесса под индивидуальные особенности (ограничение возможности) моего здоровья.

Данное согласие действует на протяжении всего периода обучения в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, при условии отсутствия ухудшения здоровья. В последнем случае обязуюсь предоставлять соответствующее заявление о необходимости разработки индивидуального учебного плана и создание специальных условий для получения мною образования, с приложением необходимых медицинской документации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подпись Ф.И.О.