Ректору ФГБОУ ВО КубГМУ

Минздрава России

С.Н. Алексеенко

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

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

(ФИО обучающегося в родительном падеже)

студента(-ки) \_\_\_\_курса

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_факультета

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

(наименование направления подготовки (специальности)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_формы обучения

(платной/бюджетной)

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

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

(наименование образовательной организации)

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к прохождению аттестационных испытаний для продолжения образования в ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки (специальности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на\_\_\_\_курсе платной/бюджетной формы обучения. *(нужное подчеркнуть*)

Образование данного уровня получаю впервые

(*заполняется лицами, претендующими на обучение за счет бюджета*).

В общежитии нуждаюсь/не нуждаюсь.

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности (включая приложения к ней), со свидетельством о государственной аккредитации (включая приложения к ней по выбранным мною специальностям (направлениям подготовки), локальными актами, касающимися образовательной деятельности, условиями перевода из другой образовательной организации ознакомлен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г.

(подпись обучающегося /расшифровка подписи)

Даю согласие на обработку своих персональных данных.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г.

(подпись обучающегося /расшифровка подписи)

Приложение:

1. Справка о периоде обучения.
2. Ксерокопия зачетной книжки.
3. Иные документы, подтверждающие образовательные достижения обучающегося (иные документы представляются по усмотрению обучающегося).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

(подпись обучающегося /расшифровка подписи)

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРИНЯТО:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О., должность, факультет)