Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Национальный медицинский исследовательский центр   
фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний»   
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Директору ФГБУ «НМИЦ ФПИ»

Минздрава России

Васильевой И.А.

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | | | (ФИО абитуриента) | | | | | | |  |
| регистрационный номер | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | |  |
|  | | | | (по заявлению о приеме) |  | |  | | |  |
|  | | |  | |  | |  | | |  |
| заявляю о своем согласии на зачисление на обучение по программе подготовки кадров высшей квалификации – подготовки кадров в ординатуре по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия | | | | | | | | | | |
| (код, наименование направления обучения) | | | | | | | | | | |
| Форма обучения: очная | | | | | | | | | | |
|  | | (очная, заочная) | | | | | | | | |
| Вид конкурса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | (в рамках контрольных цифр приема, целевой, обучение на платной основе) | | | | | | | |
| *Для лиц, подающих заявление о согласии на зачисление в рамках контрольных цифр приема, в т.ч. целевого приема:*  – Подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема.  – Обязуюсь предоставить в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России в течение первого года обучения оригинал документа установленного образца. | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (дата) | | |  | | | (подпись) | |  | (расшифровка подписи) | |