Директору УНИИФ-филиала

ФГБУ «НМИЦ ФПИ»

Минздрава России

С.Ю.Красноборовой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф. И. О. полностью

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

должность, место работы

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

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

адрес регистрации (место жительства по паспорту)

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

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

почтовый домашний адрес

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

адрес электронной почты, телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ**

**НА ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММАМ ПОДГОТОВКИ НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КАДРОВ В АСПИРАНТУРЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | |
|  | | (ФИО поступающего на обучение) | |  |
| индивидуальный номер | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |  |
|  | | | (соответствует номеру СНИЛС или присваивается Приемной комиссией) |  |
| заявляю о своем согласии на зачисление на обучение по программе подготовки научно-педагогических кадров – в аспирантуре по направлению подготовки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_31.06.01 Клиническая медицина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (код и направление подготовки) | | | | |
| по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форме обучения, на условии (ях) приема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (очная/очно-заочная/заочная)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (в рамках контрольных цифр приёма /по договору об оказании платных образовательных услуг)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (на местах в пределах целевой квоты/ на местах в рамках контрольных цифр за вычетом целевой квоты  (для поступающих на места в рамках контрольных цифр приема) | | | | |
| *Для лиц, подающих заявление о согласии на зачисление в рамках контрольных цифр приема:*  Подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре на места в рамках контрольных цифр приема.  Обязуюсь предоставить в УНИИФ-филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России:  - оригинал документа установленного образца в течение первого года;  - до даты начала учебного года пройти обязательные предварительные медицинских осмотры (обследования) при обучении по направлению подготовки, входящему в перечень направлений подготовки, при приеме на обучение по которому поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 14.08.2013 № 697 «Об утверждении перечня специальностей и направлений подготовки, при приеме на обучение по которым поступающие проходят обязательные предварительные медицинские осмотры (обследования) в порядке, установленном при заключении трудового договора или служебного контракта по соответствующей должности или специальности». | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия) |