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 ОБ ОТЗЫВЕ СОГЛАСИЯ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | (ФИО абитуриента) | | | | | | |  |
| регистрационный номер | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | |  |
|  | | | | | (по заявлению о приеме) |  | |  | | |  |
|  | | | |  | |  | |  | | |  |
| заявляю о своем решении отозвать согласие на зачисление на обучение по программе подготовки научно-педагогических кадров – в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина | | | | | | | | | | | |
| (код, наименование направления обучения) | | | | | | | | | | | |
| по форме обучения: очная | | | | | | | | | | | |
|  | | | (очная, заочная) | | | | | | | | |
| вид конкурса: в рамках контрольных цифр приема | | | | | | | | | | | |
|  | | (в рамках контрольных цифр приема, целевой, обучение на платной основе) | | | | | | | | | |
| Я проинформирован (а), что мое заявление является основанием для исключения меня из числа зачисленных на обучение. | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| (дата) | | | |  | | | (подпись) | |  | (расшифровка подписи) | |