И.о. директора УНИИФ-филиала

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

С.Ю.Красноборовой

|  |
| --- |
| от |
| Ф. И. О. полностью |
|  |
| адрес регистрации (место жительства по паспорту) |
|  |
|  |
| почтовый домашний адрес |
|  |
| адрес электронной почты, телефон |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на зачисление на обучение по программам подготовки   
научных и 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 научных и научно-педагогических кадров – в аспирантуре по научной специальности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (код и наименование научной специальности) | | | | |
| по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форме обучения, на условии (ях) приема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (очная/очно-заочная/заочная)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (по договору об оказании платных образовательных услуг)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |
| --- |
| Обязуюсь предоставить в УНИИФ-филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России:  - до даты начала учебного года пройти обязательные предварительные медицинских осмотры (обследования) в соответствии с 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) |