

Председателю Приемной комиссии  
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей»  
Минздрава России,  
д.м.н., профессору А.П. Фисенко

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

№ заявления \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ о согласии на зачисление

Я согласен(на) на зачисление в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России на **основные места в рамках контрольных цифр приема** для обучения по образовательной программе высшего образования - программе подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина, специальность \_\_\_\_\_, по очной форме обучения.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.20 \_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.) (дата)

#### Обязуюсь :

1. Предоставить в Центр оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления
2. Пройти обязательный медицинский осмотр и предоставить справку по форме 086/у, а также справки из психо-и наркодиспансера

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.20 \_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.) (дата)

Подтверждаю, что мною не подано и не будет подано заявление о согласии на зачисление на обучение по программам высшего образования данного уровня на места в рамках контрольных цифр приема в другие организации

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.20 \_\_\_\_  
(подпись) (Фамилия И.О.) (дата)