

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 места по договорам об оказании платных образовательных услуг для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.20 \_\_\_\_  
(подпись) (ФИО) (дата)

Обязуюсь в установленный срок:

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.
3. Предоставить оригинал договора об оказании платных образовательных услуг.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.20 \_\_\_\_  
(подпись) (ФИО) (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) (ФИО) (дата)