

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 \_\_\_\_\_, научной специальности \_\_\_\_\_, форма обучения – очная.

\_\_\_\_\_ (подпись) ( \_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.) ) \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ .20 \_\_\_\_ (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 психоневрологического и наркологического диспансеров.

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

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