|  |
| --- |
| Ректору ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова |
| Минздрава России |
|  |
|  |  |  |  |  |
| от |   |
|  | (ФИО поступающего полностью) |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
|  Прошу принять оригинал диплома о высшем медицинском образовании для зачисления на обучение по программе ординатуры по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование специальности) |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись поступающего Дата

**---------------------------------------------------**

**Согласие на зачисление**

Прошу зачислить на обучение по программе ординатуры по специальности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование специальности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Условия поступления** | **Подпись** | **Дата** |
| Места по договорам об оказании платных образовательных услуг |  |  |

*Отметка военно-учетного стола* *Университета (только для граждан РФ) (25 пав. 2 эт.)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Отметка поликлиники Университета (для всех поступающих) (26 пав. 1 эт.)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Отметка отдела Миграционного учета (для граждан Российской Федерации, постоянно проживающих за пределами Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства) (32 пав. 1 эт.)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*