**Ректору ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России**

|  |  |
| --- | --- |
| **От**  |  |
|  | **Фамилия, имя, отчество, дата рождения** |
|  Зарегистрированного(ой) |  |  |  |
|  | **Индекс** |  | **Адрес** |
|  |
|  |
| **мобильный телефон**  |  | **e-mail** |  |
| Паспорт: серия |  | №  |  | Выдан  |  |
|  |  |  |  |  | **(когда и кем)** |  |

**З А Я В Л Е Н И Е**

1. Прошу Вас принять меня в число обучающихся на обучение по дополнительной общеобразовательной программе в рамках дополнительного образования детей и взрослых **Выберите элемент.**, форма обучения очно-заочная, с использованием дистанционных образовательных технологий, срок обучения 8 месяцев, на основе договора на оказание платных образовательных услуг.

2. Дополнительно сообщаю и подтверждаю, что:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Необходимость создания специальных условий при прохождении обучения в связи с ограниченными возможностями здоровья (инвалидностью).
 | Да / нет*(нужное подчеркнуть)* | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. С лицензией, Уставом, правилами внутреннего распорядка обучающихся Университета, дополнительными общеобразовательными программами ознакомлен(а).
 | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Об ответственности за не достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, предоставляемых для поступления ознакомлен (а)
 | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**За достоверность указанных сведений несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.**

Обучающийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (Ф.И.О.)**

**Дата Место для ввода даты.**