

Ректору ФГБОУ ВО СЗГМУ  
им. И.И. Мечникова Минздрава России  
Сайганову С.А.  
от гражданина \_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_

бывшего обучающегося \_\_\_\_\_ курса по  
специальности (направлению подготовки) \_\_\_\_\_

код и наименование специальности (направления подготовки)  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия, номер \_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня в порядке восстановления на обучение по направлению  
подготовки (специальности) \_\_\_\_\_

на \_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_ семестр на места

за счёт бюджетных ассигнований \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента

по договорам об оказании платных образовательных услуг \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента

Был(а) отчислен(а) из Университета « \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

причина отчисления

К заявлению прилагаю:

1. справку об обучении (о периоде обучения) \_\_\_\_\_,
2. документ о предшествующем образовании \_\_\_\_\_,
3. медицинскую справку 086-У \_\_\_\_\_,
4. сведения из военно-учетного стола Университета \_\_\_\_\_,
5. документы, подтверждающие образовательные достижения (по желанию) \_\_\_\_\_.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

При зачислении на места за счет бюджетных ассигнований – подтверждаю отсутствие диплома бакалавра,  
диплома специалиста, диплома магистра \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента

С лицензией на право осуществления образовательной  
деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, правилами внутреннего распорядка  
Университета ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента

Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от  
27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента

С Положением о порядке и основаниях перевода, отчисления и восстановления обучающихся по программам  
бакалавриата, специалитета и магистратуры Университета и датой проведения аттестационных испытаний  
ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента

Сведения о необходимости создания специальных условий, установленных Положением, при проведении  
тестирования в связи с ограниченными возможностями здоровья (с указанием подтверждающих ОВЗ документов) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись претендента