

Директору ФГБНУ "НИИ КиЭР",  
д.м.н., профессору Зборовской И. А.  
гражданина(ки) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии)

год и место рождения \_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

когда и кем выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
номер мобильного телефона: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям в аспирантуру по направлению подготовки "Клиническая медицина" за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям в аспирантуру по направлению подготовки "Клиническая медицина" на места по договору об оказании платных образовательных услуг за счет средств физического и (или) юридического лица.

Прошу создать для меня специальные условия при проведении вступительных экзаменов в связи с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью. *(Отметить нужное.)*

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
наименование образовательного учреждения

диплом:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ специальность \_\_\_\_\_

Трудовой стаж (если имеется более 1 года) \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев.

Документы, предоставляющие право на льготы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Почтовый адрес и (или) электронный адрес для переписки (по желанию поступающего) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Способ возврата поданных документов в случае непоступления на обучение (в случае представления оригиналов документов) \_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление образовательной деятельности Института и приложением к нему, Правилами приема, с Правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний, с датами завершения представления поступающими оригинала диплома специалиста при зачислении на места в рамках контрольных цифр, с датой завершения представления поступающими сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг ознакомлен(а).

Высшее образование данного уровня получаю впервые.

Об ответственности за достоверность сведений, указываемых мною в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых мною для поступления, информирован(а).

На обработку персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных", согласен(на).

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

(дата заполнения)

\_\_\_\_\_  
(личная подпись)