

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России
В.В.Шкарину

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

подтверждаю своё согласие на зачисление для обучения в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в соответствии со следующими условиями поступления и основанием приема:

	Наименование профиля/ направления подготовки	Конкурс	Дата/Подпись
1		общих КЦП (бюджет) <input type="checkbox"/> целевая квота <input type="checkbox"/> основные места <input type="checkbox"/> на места по договорам об оказании платных образовательных услуг	____.____.20____ _____

1. Подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам аспирантуры на места в рамках контрольных цифр приема.

_____._____ 20____ г.

_____/_____
(подпись) (ФИО)