

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России
В.В.Шкарину

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

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

согласен на зачисление в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Университет) на места в рамках контрольных цифр (бюджетные места):

- в пределах особой квоты
- в пределах специальной квоты
- в пределах целевой квоты _____
(указать заказчика целевого обучения)

на основные места в рамках контрольных цифр

(выбрать одно основание приема и отметить)

для обучения по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе бакалавриата/программе специалитета _____
_____ (указать ОДНУ специальность)

Без оригинала документа об образовании недействительно

С Правилами приема в Университет ознакомлен, о возможности подачи заявления о согласии в Университет не более трех раз на бюджетные места предупрежден.

_____.2022

_____/_____

(подпись)

(ФИО)