

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 целевой квоты \_\_\_\_\_  
(указать заказчика целевого обучения)
- на основные места в рамках контрольных цифр
- на коммерческие места

для обучения по образовательной программе высшего образования — программе ординатуры  
\_\_\_\_\_ (указать ОДНУ специальность)

**Без оригинала документа об образовании недействительно**

С Правилами приема в Университет ознакомлен.

\_\_\_\_\_.2022

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)