

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ  
Минздрава России  
В.В.Шкарину

## ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

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

согласен на зачисление в **МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ** федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

на бюджетные места

на коммерческие места

для обучения по программе среднего профессионального образования - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать ОДНУ специальность)

**Без оригинала документа об образовании недействительно**

С Правилами приема в колледж ВолгГМУ ознакомлен.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2023

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)