Директору ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

докт.мед.наук, проф., академику РАН Стародубову В.И.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу допустить меня к сдаче вступительных испытаний в аспирантуру ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на очную (заочную) форму обучения в рамках контрольных цифр приема (по договору об оказании платных образовательных услуг) по направлению подготовки 32.06.01 «Медико-профилактическое дело».

О себе указываю следующие сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество  |  |
| Дата рождения  |  |
| Сведения о гражданстве (отсутствие гражданства) |  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность, когда и кем выдан  |  |
| Сведения о предыдущем уровне образования и документе об образовании и (или) квалификации, его подтверждающем |  |
| Сведения о наличии или отсутствии у поступающего опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе |  |
| Сведения о наличии или отсутствии у поступающего индивидуальных достижений (при наличии – с указанием сведений о них) |  |
| Сведения о необходимости создания для поступающего специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с его ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью |  |
| Почтовый адрес: |  |
| Электронный адрес(по желанию поступающего) |  |
| Контактный телефон |  |

* В общежитии не нуждаюсь (нуждаюсь).
* С лицензией на осуществление образовательной деятельности и приложений к ней ознакомлен(а).
* С отсутствием государственной аккредитации образовательной программы ознакомлен(а).
* Ранее обучение в аспирантуре не проходил(а).
* С правилами подачи апелляции при приеме по результатам проведения вступительных испытаний ознакомлен(а).
* Согласен(а) на обработку персональных данных.
* Информирован(а) об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении и за подлинность документов, подаваемых при поступлении на обучение.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, подпись)