|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора В.Г. Акимкинуот*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_*\_*\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество полностью) |

# **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Даю согласие на зачисление в аспирантуру по специальности (код, наименование)

на места \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в рамках контрольных цифр приема (по общему конкурсу, по целевой квоте) / по договорам об оказании платных образовательных услуг)

1) обязуюсь представить в институт оригинал документа о высшем образовании в установленные сроки;

2) подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и не отозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам аспирантуры на места в рамках контрольных цифр приема, документы о высшем образовании.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_