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

# **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Даю согласие на зачисление на специальность /(код, на именование специальности)

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

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

1.Обязуюсь предоставить оригинал документа о ВО 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 ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_