И.о. ректора ФГБОУ ВО

«Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России

д-ру мед. наук, доц. С.Л. Кану

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на зачисление**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на мое зачисление для обучения по образовательной программе аспирантуры по следующим основаниям приема и условиям поступления:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Научная специальность | Форма обучения | Основание приема (основные места, целевая квота) | Условия поступления |
|  | очная |  | Бюджетная основа |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | |
| Личная подпись | |  | | « » | 20 |  | г. |

*(подпись) (ФИО)*