|  |  |
| --- | --- |
| Генеральному директору ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России  академику РАН В.М. Говоруну | |
| От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| дата рождения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| гражданство | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| проживающего по адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| тел. и e-mail для связи | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям на обучение по программам подготовки научно-педагогических кадров (подготовка кадров высшей квалификации) в очную аспирантуру ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России

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

(в рамках контрольных цифр приема за счет средств бюджета, по договору об оказании платных услуг)

|  |  |
| --- | --- |
| По направлению подготовки |  |

*шифр и наименование направления*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| По направленности (научной специальности) | | |  | | |
| Являюсь выпускником 20 |  | | г. | *указать шифр специальности по Номенклатуре* | |
|  |  | |  |  | |

*указать высшее учебное заведение, факультет, кафедру*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| по специальности |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Присвоена квалификация |  |

(*указать документ об образовании)*

|  |  |
| --- | --- |
| Работаю (не работаю) |  |

*название организации, подразделение, должность*

|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность, в т.ч. когда и кем выдан |  |
|  | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | в аспирантуре на бюджетной основе ранее не обучался. |

В общежитии *нуждаюсь/не нуждаюсь* (*нужное подчеркнуть*)

Трудовую книжку *имею/не имею (нужное подчеркнуть)*

Имею / не имею индивидуальные достижения, результаты которых учитываются при приеме на обучение в соответствии с правилами приема, подтверждаемые прилагаемыми документами:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Нуждаюсь в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью / не нуждаюсь в специальных условиях при проведении вступительных испытаний.

Я обязуюсь представить оригинала диплома специалиста или магистра не позднее дня завершения приема указанного документа

В случае непоступления на обучение поданные оригиналы документов прошу вернуть

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

(лично, почтой на адрес, через доверенное лицо)

Я проинформирован об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления

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

(подпись поступающего или доверенного лица)

Я подтверждаю, что ознакомлен (а) (в том числе через информационные системы общего

пользования):

С лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством об аккредитации образовательных программ, Правилами приема в аспирантуру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

С правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний, с датами завершения представления оригинала документа об образовании при зачислении на места в рамках контрольных цифр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

Даю согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | / |  | / | « » | 20 |  | г. |

*(подпись) (ФИО)*