Директору
ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России
д.м.н. Майстренко Дмитрию Николаевичу
от _____
_____
(фамилия, имя, отчество)
_____
(дата рождения)
Проживающего(ей) по адресу:_____
_____
Документ, удостоверяющий личность_____
_____
(серия, номер, кем и когда выдан)
Тел._____
(мобильный, домашний)
E-mail_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня в порядке перевода на обучение по программе аспирантуры по направлению подготовки 31.06.01 Клиническая медицина, направленности _____ на ____ курс с зачётом срока обучения в_____
_____

за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета _____
подпись

на места по договорам об оказании платных образовательных услуг _____
подпись

О себе сообщаю следующее:
Наименование ВУЗа, год окончания_____
_____

Специальность по диплому_____

Образование по программам аспирантуры получаю впервые/не впервые (нужное подчеркнуть) _____
подпись

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом и локальными актами ФГБУ «РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России, регламентирующими образовательный процесс ознакомлен(а)

_____
подпись

Согласен на обработку своих персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

_____
подпись

_____ _____
подпись *Ф.И.О.*
«____»_____20___г.