|  |
| --- |
| Председателю приемной комиссииГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава ЧувашииГурьяновой Е.А.Поступающего (доверенного лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии на зачисление**

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

*(фамилия, имя, отчество)*

в соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии на 2024 год, даю согласие на зачисление меня на 1 курс очной формы обучения по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(код, наименование специальности)*

|  |
| --- |
|  |

**на места в рамках:**

квот целевого приема

|  |
| --- |
|  |

договоров об образовании на обучение по образовательным программам высшего образования

**Обязуюсь предоставить оригинал документа установленного образца (диплом, приложение к диплому) до 19 августа 2024 г.**

***Подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные заявления в другие учебные организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема.***

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/2024 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(дата)* *(подпись)*  *(ФИО)*