**Форма заявления о согласии на зачисление**

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии

и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России)

Директору ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

 И.А. Васильевой

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(инициалы, фамилия)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

*(ФИО поступающего)*

регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заявляю о своем согласии на зачисление

*(по заявлению о приеме)*

на обучение по программе подготовки кадров высшей квалификации – подготовки кадров в ординатуре по специальности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(код, наименование направления обучения)*

по форме обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(очная, заочная)*

вид конкурса: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(в рамках контрольных цифр приема; целевой; обучение на платной основе)*

*Для лиц, подающих заявление о согласии на зачисление в рамках контрольных цифр приема, в т.ч. целевого приема:*

- подтверждаю, что у меня отсутствуют поданные в другие организации и неотозванные заявления о согласии на зачисление на обучение по программам ординатуры на места в рамках контрольных цифр приема;

- обязуюсь предоставить в ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России в течение первого года обучения оригинал документа установленного образца.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (инициалы, фамилия поступающего)*

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