

Ректору федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России) Л.М. Железнову

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии на зачисление**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_,  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_,

в соответствии с Правилами приема в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России даю свое согласие на зачисление меня студентом \_\_\_\_\_ формы обучения  
(очной, заочной)  
по одному конкурсу по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, специалитета на направление подготовки / специальность \_\_\_\_\_,  
(название направления подготовки/специальности)  
учитывая условие поступления, основание приема:

на места по договорам об оказании платных образовательных услуг.

Достоверность сведений, указанных в заявлении, и подлинность документов, подаваемых для поступления, подтверждаю

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_   
ПОДПИСЬ

Подпись ответственного лица приемной комиссии:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_