Директору ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»

академику РАН, профессору, д.м.н. Котенко К.В.

от *(ФИО полн.)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер)

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

(кем и когда выдан)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к участию в конкурсе для поступления в очную аспирантуру на бюджетной / договорной *(выбрать нужное)* основе по направлению подготовки «Клиническая медицина» по профилю «……………………..» *(указать специальность)*.

Окончил вуз *(указать какой)* в ……. году по специальности «…………………………..» (диплом серия……….. №……………).

Окончил интернатуру при учреждении *(указать)* в ……. году по специальности «…………………………………» и/или ординатуру при учреждении *(указать)* в ……. году по специальности «………………………………….».

Имею индивидуальные достижения *(указать только количество)*: публикации *\_\_\_\_\_* , патенты *\_\_\_\_\_* , доклады с публикацией тезисов *\_\_\_\_\_ .* Подтверждающие документы прилагаю.

Почтовый адрес:

Электронный адрес:

Контактный телефон:

|  |  |
| --- | --- |
| С копией лицензии на право осуществления Центром образовательной деятельности и приложениями к ней ознакомлен | *подпись* |
| Диплома об окончании аспирантуры и/или диплома кандидата наук не имею |  |
| С правилами приема на обучение в аспирантуру Центра и правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний ознакомлен |  |
| С датами завершения приема оригинала диплома специалиста (магистра) и/или заявления о согласии на зачисление на договорной основе ознакомлен |  |
| На обработку моих персональных данных согласен |  |
| Об ответственности за достоверность сведений, указанных в заявлении о приеме, и подлинность представляемых документов информирован |  |

Дата Подпись