**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРИЕМЕ В АСПИРАНТУРУ**

Председателю Приемной комиссии

АНО ВО «МУВМ» Боковой И.А.

|  |  |
| --- | --- |
| От |  |
|  | (*фамилия, имя, отчество поступающего в родительном падеже)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | Документ, удостоверяющий личность | | | | паспорт |
| Гражданство | Россия | Серия |  | № |  | |
|  | | Когда и кем выдан |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Почтовый адрес |  |
| Электронная почта |  |

Сведения о предыдущем уровне образования и документе об образовании:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Окончил (а) в *(указать год выпуска)* | | |  | | | | |
| Наименование образовательного учреждения | | |  | | | | |
| Уровень образования | | |  | | | | |
| Диплом серия | Серия: | № |  | рег. № |  | Дата выдачи |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на места по договорам об оказании платных образовательных услуг в АНО ВО «МУВМ» по программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 Клиническая медицина (Профиль 3.1.33 Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, медико-социальная реабилитация).

|  |  |
| --- | --- |
| Индивидуальные достижения *(имеются/не имеются)* |  |
| Необходимо создание следующих специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью: | |

Способ возврата поданных документов в случае непоступления на обучение (в случае представления оригиналов документов) *(указать):*

|  |  |
| --- | --- |
| Передача поданных документов лицу, документы которого отозваны, или доверенному лицу |  |
| Направление через операторов почтовой связи общего пользования (указать почтовый адрес): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| С копией лицензии на осуществление образовательной деятельности и приложениями к ней ознакомлен (а) | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |
| С фактом отсутствия свидетельства о государственной аккредитации ознакомлен (а) | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |
| С Правилами приема, утвержденными Университетом, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний ознакомлен (а) | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |
| С датой завершения заявления о согласии на зачисление ознакомлен (а) | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |
| Согласен (на) на обработку моих персональных данных | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |
| С информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов, подаваемых для поступления ознакомлен (а) | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.  *(дата подачи заявления)* | *(подпись поступающего/доверенного лица)* |