

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 основной профессиональной образовательной программе подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, группа научных специальностей 3.1. Клиническая медицина (Научная специальность 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)

