ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ – КЛИНИКА ДОКТОРА РОШАЛЯ» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**Директору ГБУЗ «НИИ НДХиТ –**

 **Клиника доктора Рошаля»**

**Брянцеву А.В.**

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ**

Я**,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № дела \_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О.)

Даю согласие на зачисление на обучение по специальности

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

 (название специальности (направления подготовки))

по следующим условиям поступления:

* очная форма обучения
* на места, финансируемые за счет средств бюджета города Москвы **(**квота г.Москвы)
* на места с полным возмещением финансовых услуг (по договорам об оказании платных образовательных услуг)

К данному заявлению прилагаю:

* документ об образовании и о квалификации
* копию документа об образовании и о квалификации
* договор об оказании платных образовательных услуг

Заявление о согласии на зачислении в ГБУЗ «НИИ НДХиТ – Клиника доктора Рошаля» подается:

* впервые
* повторно (с отзывом ранее поданного заявления)

Подтверждаю отсутствие поданных в другие организации

и неотозванные заявления о согласии на зачисление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на обучение на места в рамках контрольных цифр приема (подпись) (Ф.И.О.)

Заявление составлено поступающим \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

Заявление принял ответственный

секретарь приемной комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.