Ректору ФГБОУ ВО ОрГМУ

Минздрава России

 Мирошниченко И.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, Имя, Отчество поступающего)

проживающего (ей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (адрес постоянной прописки поступающего)

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

 (образование/место учебы поступающего)

Заявление

Прошу Вас зачислить меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, Имя, Отчество поступающего)

для обучения по дополнительной общеобразовательной (общеразвивающей) программе «Интенсив по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

название программы (по химии, по биологии, по основам биохимии, по медицинской биологии), общая трудоемкость (15 ч – химия и биохимия или 24 ч – биология, медицинская биология)

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Дата рождения поступающего «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_.

Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Номер СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Форма обучения: очное

Срок обучения с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Продолжительность обучения \_\_\_\_\_\_\_.

№ телефона поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

e-mail поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается, если поступающий несовершеннолетний)

Наличие инвалидности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (да/нет).

Номер телефона родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается, если поступающий несовершеннолетний)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заполнения) (подпись) (Фамилия И.О.)