

Председателю приемной комиссии, и.о. ректора  
федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образования  
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)  
А.В. Важенину

Фамилия		Гражданство	
Имя		Документ, удостоверяющий личность	
Отчество			
Дата рождения		серия	№
СНИЛС/Код:		Когда и кем выдан:	
Проживающего(ей) по адресу:			
Телефон		E-mail	

### З А Я В Л Е Н И Е О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Подтверждаю своё согласие на зачисление в ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России по следующим условиям приема:

	Направление подготовки / профиль	Форма обучения	Основание поступления*	Категория приема**
1				

\* укажите основание поступления сокращением: Б (Бюджетная основа), ОП (Квота лиц имеющих особое право), ЦП (Целевой прием), ПО (Полное возмещение затрат)

\*\* укажите свою категорию приема

- в рамках контрольных цифр приема (бюджет): Имеющие особое право, На общих основаниях, Без вступительных испытаний

- при полном возмещении затрат: На общих основаниях

Я подтверждаю, что у меня отсутствуют действительные (не отозванные) заявления о согласии на зачисление на обучение по программам специалитета, поданные в другие организации.

В соответствии с пунктом 71 Правил приема я обязуюсь представить в течение первого года обучения в деканат факультета:

- 1) оригинал документа установленного образца (при поступлении на места в рамках контрольных цифр приема, в том числе на места в пределах квот);
- 2) медицинское заключение о прохождении обязательного предварительного медицинского осмотра (обследования)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021 г. \_\_\_\_\_ (подпись поступающего)