|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Председателю приемной комиссии,***  ***директору ГБПОО РА «Майкопский медицинский колледж»***  ***А.А. Самоквитову*** |
| Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: сотовый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Уведомляю о моем намерении обучаться по следующим специальностям и основаниям приема:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п.п.** | **Специальность** | **Основание поступления** | | **Согласие**  **на зачисление** |
| Бюджетная основа (БО) | полное возмещение затрат (ПВЗ) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ознакомлен(а) с тем, что обязан(а) в течение первого года обучения представить в организацию оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления при поступлении на бюджетные места в рамках контрольных цифр приема | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись поступающего) |
| Ознакомлен(а) с тем, что обязан(а) в течение первого года обучения представить медицинскую справку о прохождении медицинского осмотра, согласно пункту 4.21 Правил приема в ГБПОО РА «Майкопский медицинский колледж» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись поступающего) |
| Подтверждаю, что мной не подано (не будет подано) уведомление о намерении обучаться в другие организации за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись поступающего) |
| Ознакомлен с тем, что на основании части 2 статьи 53 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», изданию приказа о зачислении предшествует заключение договора на оказание платных образовательных услуг. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись поступающего) |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись поступающего) |
|  |  |