

Регистрационный номер \_\_\_\_\_  
Директору ФГБУ НМИЦО ФМБА России  
Дайхесу Н.А.

от

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____ Место рождения _____ _____	Гражданство _____ СНИЛС _____ Документ, удостоверяющий личность, _____ № _____ Когда и кем выдан: _____ _____
--	--

Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и участию в конкурсе на направление/специальность подготовки \_\_\_\_\_

уровень подготовки: **аспирантура**

по очной (дневной) , очно-заочной (вечерней) , заочной  форме обучения на места с полным возмещением затрат (платная основа)

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям по следующим общеобразовательным предметам: \_\_\_\_\_

#### О себе сообщаю следующее:

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году

образовательное учреждение высшего профессионального образования;  
другое;

Диплом

Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Иностранный язык: английский , немецкий , французский ,  
другой  \_\_\_\_\_, не изучал(а)

При поступлении имею следующие льготы (особые права) \_\_\_\_\_

Документ, предоставляющий право на льготы (особые права) \_\_\_\_\_

Необходимости создания условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями здоровья или инвалидностью \_\_\_\_\_

Наличию опубликованных работ, изобретений и отчетов по научно-исследовательской работе \_\_\_\_\_

О себе дополнительно сообщаю: \_\_\_\_\_

Вышеуказанные сведения подтверждаю. ознакомлен с тем, что за предоставление подложных документов и недостоверных сведений несу ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ. \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Получение высшего образования данного уровня впервые \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С Лицензией на право ведения образовательной деятельности в сфере профессионального образования серия 90Л01 №0010018 от 04.03.2020 г., регистрационный №2887 и со Свидетельством о государственной аккредитации серия 90А01 №0003436 от 17.08.2020 г, регистрационный №3422 \_\_\_\_\_  
ознакомлен (а) (подпись поступающего)

С Уставом и Правилами внутреннего распорядка Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» \_\_\_\_\_  
ознакомлен (а) (подпись поступающего)

С датой предоставления подлинника документа об образовании ознакомлен(а) \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С правилами подачи апелляции по результатам проведения вступительных испытаний, с датами завершения представления поступающими оригинала диплома о высшем образовании при зачислении на места в рамках контрольных цифр, с датой завершения представления поступающими сведений о согласии на зачисление на места по договорам об оказании платных образовательных услуг \_\_\_\_\_  
ознакомлен (а) (подпись поступающего)

Подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных, в том числе: фамилии, имени, отчества, паспортных данных, даты и места рождения, данных о прописке и фактическом месте проживания, телефонных номеров, адресов электронной почты, фотографии, образца личной подписи, профессиональной подготовке и образовании, в информационных системах, базах и банках данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N31, ст. 3451).

В случае поступления в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» согласен с передачей вышеуказанных данных в информационные системы, базы Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» с их последующей обработкой согласно действующему Законодательству РФ. \_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Способ возврата поданных документов в случае не поступления на обучение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись поступающего)

Подпись ответственного лица приемной комиссии: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.