Регистрационный номер ____

Ректору
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
д.м.н., профессору С.В. Шлык

_____
(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство: _____

Документ, удостоверяющий личность _____
_____
_____
_____
_____

Адрес постоянной регистрации, почтовый индекс _____
_____

Адрес фактического или временного проживания, почтовый индекс
_____
_____

Контактные телефоны: мобильный _____ домашний_____
E-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям
на выбранных мною специальностях *(указать с учётом возможности одновременной подачи документов на бюджетные места в рамках КЦП и на места по договорам с оплатой стоимости обучения):*

Пр.	Специальность	Форма обучения (очная / очно-заочная (вечерняя) / заочная)	На места	На базе образования

ПР.-приоритет условия поступления.

О себе сообщаю следующее:

Окончил(а) в_____ году _____
Документ об образовании: _____
Серия _____ № _____
Дата выдачи _____

Кем выдан _____
_____

Средний балл документа об образовании _____

Индивидуальные достижения: _____
Иностранный язык: _____
Общежитие: _____

О себе дополнительно сообщаю: _____
_____

«____»_____2023 г. _____
(подпись поступающего)

Среднее профессиональное образование получаю впервые ☐, повторно☐. _____
(подпись поступающего)

При подаче документов с копией лицензии на право осуществления образовательной деятельности, свидетельства о государственной аккредитации и приложениями к ним, Уставом РостГМУ, Правилами приёма, Положением о вступительных испытаниях, расписанием вступительных испытаний, условиями проведения конкурса и порядком зачисления в ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ознакомлен (а)

_____
(подпись поступающего)

Ознакомлен(а) с датой предоставления подлинника документа об образовании, указанной в Правилах приёма в РостГМУ в 2023 году

_____
(подпись поступающего)

Согласен(на) на обработку своих персональных данных. _____
(подпись поступающего)

Дата регистрации *Подпись ответственного лица приёмной комиссии*

«____»_____2023 г. _____ _____
(фамилия, инициалы)