

Генеральному директору  
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России  
Е.В. Шляхто  
От Ф. \_\_\_\_\_  
И. \_\_\_\_\_  
О. \_\_\_\_\_  
обучающегося \_\_\_\_\_  
(сокращенное наименование исходной образовательной организации)  
\_\_\_\_\_ курса  
Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия) \_\_\_\_\_ (номер)  
\_\_\_\_\_ (кем и когда выдан)  
Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_  
Моб.тел: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу перевести меня на обучение в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России по образовательной программе высшего образования по специальности **31.05.01 Лечебное дело** на \_\_\_\_\_ курс \_\_\_\_\_ семестр обучения из \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (полное наименование исходной образовательной организации)

К заявлению прилагаю:

1. справку о периоде обучения \_\_\_\_\_

(серия, номер, дата выдачи)

выданную \_\_\_\_\_

(сокращенное наименование образовательной организации, выдавшей справку о периоде обучения)

2. документы, подтверждающие образовательные достижения (при наличии)

\_\_\_\_\_ (перечень документов)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

Обязуюсь представить после зачисления следующие документы: выписку из приказа об отчислении в связи с переводом; документ о предшествующем образовании

\_\_\_\_\_ (подпись)

При зачислении на места за счет бюджетных ассигнований – подтверждаю отсутствие диплома бакалавра, диплома специалиста, диплома магистра

\_\_\_\_\_ (подпись)

При зачислении на места за счет бюджетных ассигнований – общая продолжительность обучения не будет превышать более, чем на один учебный год срока освоения образовательной программы, установленной ФГОС ВО по направлению подготовки

\_\_\_\_\_ (подпись)

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом, правилами внутреннего распорядка Центра Алмазова ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_ (подпись)

С Положением о порядке перевода, отчисления и восстановления обучающихся по программам высшего образования — специалитета и магистратуры ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, датах проведения аттестационных испытаний ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Даю согласие на обработку предоставленных им персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

Нуждаюсь в общежитии - да/нет \_\_\_\_\_

(подпись)