|  |
| --- |
| Председателю приемной комиссии, ректору ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России,  профессору В.А. Лазаренко |
| *ФИО полностью в род. падеже*  Дата рождения |
| Место рождения |
| Гражданство |
| Документ, удостоверяющий личность |
|  |
|  |
| *серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения*  СНИЛС |
| Адрес регистрации |
|  |
| страна, индекс, регион, район, нас. пункт, улица, дом, квартира  Контактный телефон |
| E-mail |

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии на зачисление**

В соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования я заявляю о согласии на зачисление в Университет в отношении всех условий поступления, указанных в моем заявлении о приеме на обучение по программам бакалавриата и специалитета.

Я подтверждаю, что у меня отсутствуют действительные (неотозванные) заявления о согласии на зачисление на обучение по образовательным программам высшего образования на места в рамках контрольных цифр приема, поданные в другие организации.

|  |  |
| --- | --- |
| « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г. | подпись |