|  |
| --- |
| 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**

**об отзыве согласия на зачисление**

Я, в соответствии с Правилами приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, настоящим заявлением отзываю свое согласие на зачисление, поданное «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025года, в Университет.

Я проинформирован(а) о том, что лицо, включенное в число зачисленных на обучение и отозвавшее согласие на зачисление, исключается из числа зачисленных на обучение; лицо, отозвавшее согласие на зачисление, не исключается из списков лиц, подавших документы, и из конкурсных списков.

|  |  |
| --- | --- |
| « » 2025 г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |