Директору Государственного бюджетного учреждения г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

(ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»)

Е.И. Аксеновой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(когда и кем выдан)

зарегистрированного (-ной) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон, эл.почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу допустить меня к вступительным испытаниям и принять на обучение по основной образовательной программе высшего образования – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки 32.06.01 «Медико-профилактическое дело». Направленность (профиль) подготовки 14.02.03 «Общественное здоровье» по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*очной/заочной)* форме обучения по договору об оказании платных

образовательных услуг.

В создании специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с ограниченными возможностями и инвалидностью:

|  |  |
| --- | --- |
| □ не нуждаюсь | □ нуждаюсь  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование дисциплины) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

(перечень специальных условий)

Сведения об индивидуальных достижениях прилагаются (приложение).

|  |  |
| --- | --- |
| **Ознакомлен**  *отметить √* | |
| - с копией лицензии на право ведения образовательной деятельности |  |
| - с копией свидетельства о государственной аккредитации |  |
| - правилами приема для обучения по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительных испытаний |  |
| - датой завершения приема документа об образовании установленного образца |  |
| - с информацией об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность представляемых документов. |  |
| **Обязуюсь** предоставить оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня, необходимого для зачисления в течение первого года обучения. |  |
| **Подтверждаю** отсутствие диплома об окончании аспирантуры или диплома кандидата наук. |  |

В случае не поступления прошу осуществить возврат оригиналов документов следующим способом:

□ передать лично или доверенному лицу

□ направить через операторов почтовой связи общего пользования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата подпись