

Директору  
ФГБУ «Всероссийский центр  
экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова» МЧС России  
доктору медицинских наук профессору  
С.С. Алексанину

**Заявление  
о согласии на зачисление на места в рамках контрольных цифр приема**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: сер. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

кем, когда выдан \_\_\_\_\_  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю  
своё согласие на зачисление в аспирантуру ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС  
России по ООП \_\_\_\_\_  
(наименование основной образовательной программы)

\_\_\_\_\_ (наименование направленности)

по очной форме обучения на места в рамках контрольных цифр приема.

**Подтверждаю, что мною не подано/не будет подано заявление о согласии на  
зачисление в другие организации высшего образования**

Подпись \_\_\_\_\_

**Обязуюсь в течение первого года обучения предоставить в ФГБУ ВЦЭРМ  
им. А.М. Никифорова МЧС России:**

- оригинал документа, удостоверяющего образование соответствующего уровня,  
необходимого для зачисления;
- документ, подтверждающий прохождение обязательных предварительных медицинских  
осмотров

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ 2020 г.