|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *от* | ***Ректору***  |
| Фамилия |  |  |  | Гражданство |  |  |
| Имя |  |  |  | Документ, удостоверяющий личность |  |
| Отчество |  |  |  |  |  |
| Дата рождения |  |  |  | серия |  | № |  |  |
| Место рождения |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Проживающего(ей) по адресу: |  |
| Телефон : дом. -  |  | сотовый - |  | рабочий - |  |
|  |
| **З А Я В Л Е Н И Е** |
| Даю согласие на мое зачисление по следующим условиям и основаниям приема: |
|  | **Направление подготовки / профиль** | **Форма обучения\*** | **Основание поступления\*\*** | **Категория приема** | **Вид образования** | **Согласие на зачисление** |
|  |  |  |  |  |  | **-** |
|  |  |  |  |  |  | **-** |
|  |  |  |  |  |  | **-** |
| \* Для каждого направления подготовки (специальности) указать форму обучения: | заочная, очная, очно-заочная |
| \*\* Для каждого направления подготовки (специальности) указать основание поступления: | Бюджетная основа(Б), Полное возмещение затрат(ПО), Целевой прием(ЦП) |
|  |
|  | « » |  2020 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (Подпись поступающего) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |