

Ректору ФГБОУ ВО ВолгГМУ
Минздрава России
В.В.Шкарину

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ НА ЗАЧИСЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

согласен на зачисление в федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Университет):

- в пределах целевой квоты _____
(указать заказчика целевого обучения)
- на основные места в рамках контрольных цифр
- на коммерческие места

для обучения по образовательной программе высшего образования — программе ординатуры

(указать ОДНУ специальность)

Без оригинала документа об образовании недействительно

С Правилами приема в Университет ознакомлен.

_____ 2026

(подпись) (ФИО)